علم

النفس الإكلينيكى

إعداد

الأستاذ الدكتور

خالد إبراهيم الفخرانى


بسم الله الرحمن الرحيم

الفصل الأول

مقدمة تاريخية

الفصل الأول

مقدمة تاريخية

لقد أصبحت الحياة صعبة حيث أن متطلباتها تشكل عبئــا كبيراً لعدد من الناس وهذا ما يجعلهم يعيشون في رعب دائم كما أصبحت التعاسة وعدم الراحة والقلق والضغوط المبهمــة تبدو وكأنها السمات الرئيسية التي يتسم عالم اليوم فعلـــى سبيل المثال كشفت التوصية الأساســـية لمنظمـــة الصحـــة العقلية عام ١٩٧٨ قد عـــن وجـــود ١٥ ٠/٠ مـــن أفـــراد المجتمع الأمريكي أي ما يعادل مـــن ٢٣ إلـــي ٣٤ مليـــون يعانون من الاضطراب الانفعالي الذي يشتمل على الاكتئـــلب ، وإدمان الكحوليات والعقاقير بالإضافة إلي الارتفاع في نســـبة عدد الأفراد الذين يعانون مـــن القلـــق واضطرابـــات المـــخ العضوية والذهانية . ومثل هؤلاء الأفراد وغيرهم يحتاجون إلي مساعدة ومساندة لحل مشكلاتهم . ومن ثم فهم بحاجـــة إلي المهام التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي والتي تشتمل على تخفيف المشكلات التي تعوق التوافق الإنســـاني من خلال تطبيق القواعد النفسية . وبالطبع فإن الأخصـــائي النفسي الإكلينيكي ليس هو الشخص الوحيد الذي يقوم بذلـــك

حيث أن الكائن البشري ليس موضوعا قائما بذاتـــه يمكــن التأثير فيـــه وفهمـــه عـــن طريـــق المفـــردات والمفـــاهيم السيكولوجية وحدها ولكنه كائن متعدد في تركيبـــه وبنائـــه ومن ثم فهو بحاجة إلي عدد كبير من التخصصات لدراســـته وفهم طبيعته وبالتالي تحسين أحواله .

ويعتبر علم النفس الإكلينيكي للطفل علما حديثا إلـــى حد ما إلا أن الاضطراب النفسي للأطفال قديم قـــدم البشـــر أنفسهم ،ففي القبائل الهمجية فـــي العصـــور القديمـــة مـــن التاريخ كان المتخلفون عقليا يساقون إلي الموت باعتبـــارهم أفراد غير نافعين للجنس البشـــري .وفـــي إســـبرطة ظـــل الأشخاص المتخلفون عقلياً يبادون بلا رحمة أو شفقة حتـــى لا تنحدر دولتهم التي كانت تقوم علي مبدأ القوة .كذلك فقـــد نادي الفلاسفة الإغريـــق بمبـــدأ البقـــاء للأصلـــح ، وفـــي عام ١٧٩٨م وجد مجموعة من الرياضيين الفرنســـيين فـــي غابة أفيرون **Averon** بفرنسا طفل عمره حوالـــي عشـــرة أعوام لا يستطيع الكلام وكان يشبه الحيوان في سلوكه كمـــا أنه لم يتصل بأي إنسان من قبل وأخذ هذا الطفل إلي بـــاريس ،أوكل إلي إيتارد **Itard** مهمة تدريبه وكان إتارد يعتقـــد أن هذا الطفل سليم من الناحية الفسيولوجية وكل ما في الأمـــر

أن الحرمان من البيئة الإنسانية منعه من استخدام ذكائه وكان إيتارد يؤمن بتدريب الحواس كوسيلة لتنمي الذكاء حيث يري أن ذكاء الراشدين ناتج عن تراكم الخبرات الحسية لديهم ،ولقد وجد إيتارد أن هذا الطفل يعد فرصة لاختبار مدي صدق نظريته ،ولقد حاول الباحث السابق تدريب الطفل لمدة خمس سنوات حتى يصبح طفلا متحضراً ،فأستخدم تدريب الحواس والتطبيع الاجتماعي من أجل تغيير سلوك الطفل وذلك عن طريق تعاليم تعتمد علي أنماط أوجدها إيتارد خصيصاً للطفل مستهدفاً جعل دوافع الطفل البدائية غير التوافقية أكثر مرونة وأكثر تحضراً .

وفي عام ١٨٩٦ م افتتحت أول عيادة لعلم النفس في بنسلفانيا والتي تعتبر النقطة الأولي في تاريخ تحول علم النفس الإكلينيكي وفي عام ١٩٣١م عقد أول مؤتمر لعلم النفس الإكلينيكي في جامعة بنسلفانيا أيضاً والذي أظهر مدي تقبل المفهوم العام لعلم النفس الإكلينيكي ومدي أهميته وإسهاماته في المجالات المختلفة حيث أن الاهتمام قبل الحرب العالمية الثانية كان منصباً علي مجال علم النفس التعليمي Educational psychology

وفي عام ١٩٥٠ م ناقش أيزنك Eysenk علاقة علم

النفس الإكلينيكي بالطب النفسي ورأي وجود مهمتان لكل منهما أولهما :وجود تكامل في المعلومات بين كل من الفرعين وثانيهما لابد من إيجاد بعض الوسائل للتقريب بينهما ، ولتحقيق ذلك بدأ أول منهج لتدريس علم النفس الإكلينيكي عن طريق جمعية الطب النفسي الأمريكية ،وعلم النفس الإكلينيكي كمهنة لا يوجد إلا في الولايات المتحدة وإنجلترا (أحمد عكاشة - علم النفس الفسيولوجي - دار المعارف ، القاهرة ١٩٨٠ ، ص ٢٦٨) .

تطوير علم النفس الاكلينيكى :

لكى نفهم الموقف الحاضر فى علم النفس الاكلينيكى وطبيعة القضايا التى يختلف حولها المشتغلون به، يتعين أن نتتبع هذه الأصول والتطور الذى وقع على مراحل فى كل منها .

والغريب أن المشتغلين بعلم النفس الاكلينيكى كانوا ولا زالوا أقل الناس عناية بدراسة هذا التاريخ . ومن الدراسات القليلة فى هذا المجال تلك التى قام بها روبرت واتسون وسول جارفيلد ، وكلاهما يقصر دراسته على البدايات الحديثة نسبيا دون أن يضرب فى أعماق التاريخ البعيد.

ويجد القارئ عرضا لبعض جوانب تاريخ أصول علم النفس الاكلينيكى فى عدد من المراجع الأخرى. ومنها بورنج وزيلربورج وسوف نناقش فيما يلى وفى ايجاز شديد أهم المؤثرات التى لعبت دورها فى تشكيل وتطوير علم النفس الاكلينيكى منذ حوالى بداية القرن الحالى وما قبله بقليل .

حركة القياس السيكولوجى (السيكومترية) :

وهى واحدة من المنابع الرئيسية لعلم النفس الاكلينيكى وكانت بدورها جزاءا من الحركة العلمية فى القرن التاسع عشر. ورغم كل ما ينسب اليوم الى القياس السيكولوجى من نقائص ، فان الاخصائى النفسى الاكلينيكى يدين له بكثير من مركزه العلمى ونشاطه المهنى، وهو فى كل مرة يصر فيها على الموضوعية والحاجة الى مواصلة البحث، انما يتأثر بأصول وقواعد القياس السيكولوجى . ويدين القياس السيكولوجى بوصفه أداة من أدوات علم النفس الاكلينيكى الى فرانسيس جالتون بإنجلترا ، وقد كان جالتون تلميذا لداروين ومن أوائلمن حاولوا تطبيق أسس التطور فى دراسة الأفراد البشريين . وقد أدى اهتمام جالتون بدراسة

الوراثة الى ابتكار أدوات للقياس الموضوعـــى لخصـــائص الأفراد من الاقارب وغـــيرهم فـــى أعـــداد كبـــيرة . وفـــى عام ١٨٨٢ ، أسس معملة الانثروبومترى فى متحف ســلوث كنسنجتون فى لندن، حيث كان الأفراد يختبرون فى التميـــيز الحسى والقدرات الحركية واختبارات التداعى الحر، والتـــى تبناها بعد ذلك فنت ، وتوسع فى اســـتخدامها ، كمـــا كـــان جالتون من أوائل من استخدم طريقـــة الاســـبيان لأغـــراض الدراسة السيكولوجية وذلك فـــى بحوثـــه المشـــهورة فـــى " التخيل البصرى " كما كان من أوائل مـــن ســـخر الطـــرق الاحصائية لتحليل البيانات المتصلة بالفروق الفردية . وقـــد تواصلت جهوده فى هذا الميدان على أيادى تلاميذه وبخاصة كارل بيرسون الذى حلفه مديـــرا للمعمـــل الانثروبومـــترى عام ١٩١١ ، وهو الذى ابتكـــر معادلـــة معـــامل الارتبـــاط المنسوبة اليه. والخلاصة ، ان اهتمـــام جـــالتون بدراســـة الفروق الفردية يمثل أول حركة سيكولوجية نظاميـــة نحـــو الاهتمام بدراسة تفرد السلوك، بدلا من قصر هـــذا الاهتمـــام على السلوك المعمم . وقد مهد ذلك الطريق الى قيـــام علـــم

النفس إكلينيكي يسنده اتجاه سيكومترى قـــوى ، والـــى أن يصبح الفرد وحدة مناسبة للدراسة السيكولوجية .

وقد أدى الاهتمام بدارسة الفروق الفردية إلى الاهتمـام بدارسة السلوك المنحــرف عــن المتوســط فـــى التوزيـــع الاعتدالى ، ومن ثم إلى دراسة الشواذ والمرضـــى وطــرق العناية بهم كما أدى الاهتمام بدراسة الفـــرد إلـــى دراســة التفاعل بين مختلف العوامل الداخلية والخارجيـــة وعوامــل التنشئة والنمو وعلاقاته بالآخرين إلى غير ذلك من العوامـل التى تسهم فى تشكيل نمطه الفريد .

وقد كان جيمس ماكين كاتل الأمريكى ، وهو من تلاميذ فنت ، أول من استخدم مصطلح "الاختبار العقلى" فى مقال له بعنوان "الاختبارات والمقاييس العقلية " نشـــر عــام ١٨٩٠ ووصف فيه الاختبارات التى كان يطبقها في جامعة بنسلفانيا بأمريكا وقد تأثر كاتل أيضا ببحوث جـــالتون ولذلــك فأننــا نلمس فى أعماله تأثير اتجاهين هامين فى علم النفس همــا : التجريب وقياس الفروق الفردية . وكان كـــاتل يلــح علـــى ضرورة تقنين إجراءات تطبيق الاختبـــار وإعــداد جداولـــه

المعيارية . وكان هو وثورنديك وودورث من الرواد الاوائل في دعم الاتجاه الجديد فى علم النفس حينذاك وهو العناية بالتحليل الاحصائى فى دراسة الفروق الفردية . إلا أن معظم البحوث فى ذلك الوقت كانت تتركز حول زمن الرجع وحول الوظائف الحسية – الحركية البسيطة فتعد لقياسها اختبارات مثل : قوة قبضة اليد ، معدل حركة الذراع تمييز الفروق الدقيقة بين الأوزان ، وسرعة تمييز الألوان ، الخ ... وذلك على أساس الافتراض بأن العمليات العقلية العليا يمكن فهمها عن طريق تحليلها إلى مكوناتها الأولية الحسية – الحركية . إلا أن دراسة قام بها ويسلر ، تلميذ كاتل ، فشلت فى الكشف عن ارتباطات ذات دلالة بين الدرجات على هذه الاختبارات الحسية – الحركية وبين متوسط درجات الطلاب فى مواد الدراسة الجامعية . ولعل هذه الدراسة قد أسهمت أكثر من غيرها فى وقف محاولات التنبؤ عن القدرات المعقدة من البسيطة ووجهت الأنظار إلى محاولات بينية فى فرنسا .

واختبار الذكاء كما نعرفه اليوم عمل من أعمال القـرن العشرين وقد كان بينيه وهنرى أول من أشارا فى مقالـــهما عام ١٨٩٥ إلى الحاجة فى قياس الذكاء إلى اعداد اختبارات للعمليات العقلية الأكثر تعقيـــدا مـــن العمليـــات الحســـية – الحركية . وقد تأثر بينيه بمحاولات من سبقوه لقياس درجـة الضعف العقلى والتمييز بينه وبين الذهان ومنهم اســـكيرول الذى لاحظ أن القدرة على التعبير اللفظى تنخفـض بازديـاد درجة الضعف العقلى وكذلك حققت محاولات ايتـــارد نجاحـا محدودا فى تعليم الطفل " المتوحش " الذى اكتشف فى غابات آفيرون غير بعيد عن باريس ، نطق بعض الكلمات وكذلـــك نادى سيجان بأنه من الممكن تعليم ضعيف العقل وقد كـــانت هذه الأفكار مخالفة فى ذلك الوقت للمدارس الفكرية الســـائدة حينذاك مثل " الفسيوجنومى " و "الفرينولوجى " وفـــى عـــام ١٨٩٧ قدم ابنجهاوس نظريته والتكامل بينها والتـــى علـــى أساسها ابتكر اختبار تكميل الجمل لقياس الذكاء .

وفى عام ١٩٠٤ عين وزير المعارف الفرنسى لجنة كان من أعضائها بينيه لتقصى أسباب التأخر الدراســـى .

وقد نشر بينيه مع سيمون اول مقياس للذكاء عام ٩

وكان يتكون من ٣٠ سؤالا مرتبه تقريبا حسب صعوبتها وفى عام ١٩٠٨ روجع المقياس باستخدام مفهوم العمر العقلى ثم روجع مرة ثانية عام ١٩١١ وهى السنة التى مات فيها بينيه وقد ترجم مقياس بينيه إلى عدد من لغات العالم واعدت فى امريكا ترجمات عديدة قام بها جودارد وكولمان ووالين ولكن كان اهم هذه الترجمات تلك التى قام بها ترمان عام ١٩١٦ فى جامعه ستانفورد بكاليفورنيا بالولايات المتحده الامريكيه والتى استخدم فيها مفهوم نسبة الذكاء وقد روجعت هذه الترجمة مرتين بالاشتراك مع ميريل الأولى عام ١٩٣٧ والثانية عام ١٩٦٠ وقد قدر لهذا المقياس أن يكون له أكبر الأثر فى تشكيل صورة علم النفس الاكلينيكى فى مراحله الأولى لدرجة أنه فى الثلاثينيات كان الاخصائى النفسى الاكلينيكى يعرف بأنه هو الذى يستطيع أن يطبق مقياس ستانفورد بينيه للذكاء

وقد سبق مقياس ستانفورد – بينيه وتلاه اعداد اختبـــارات من فئات متنوعة ومنها اختبارات الأداء العمليــــة للأميين ولمن لا يتكلمون لغة الاختبار ومن أمثلتها : لوحة الأشـــكال وتكميل الصورة .. الخ . كما ظهرت الحاجـــة إلـــى اعـــداد بطارية من هذه الاختبارات تقيـــس عـــددا مـــن الوظـــائف المختلفة ، ومن أمثلتها اختبارات بنتنر – باترسون الأدائيـــة (١٩١٧) ثم وضحت بعد ذلك الحاجة إلى اختبارات جمعيـــة لمواجهة الحاجة الملحة إلى اختبار الآلاف مـــن المجنديـــن خلال الحرب العالمية الأولى ، وكان من نتيجته إعداد مقياس ألفا ويقابله مقياس بيتا للأميين ومن لا يتكلمون الانجليزيـــة وكذلك ظهرت اختبارات الأطفال واختبارات الشـــخصية مـــن نوع الورقة والقلم ومنها اختبار ودورث للكشف السريع عن بعض جوانب التوافق اللاسوى والعصاب وقد أصبـــح هـــذا الاختبار موذجا يحتذى فى إعداد اختبارات الشـــخصية مـــن نوع الورقة والقلم والتى ظهرت بعد ذلـــك بالعشـــرات كمـــا ظهرت الاختبارات الموقفيـــة لدراســـة الشـــخصية ومنـــها اختبارات هارتشورن وآخريـــن فـــى دراســـتهم المشـــهودة

للخلق . وقد أهتم السيكولوجيون أيضا بـــاعداد اختبـــارات الاستعدادات الخاصة مثل الاستعدادات الموسيقية (سيشـــور ١٩١٩) والميكانيكية (ستنكويست ١٩٢٣) وجداول النمو للأطفال (جـــيزيل١٩٢٨) واختبـــارات القـــدرات الأوليـــة (ثرستون ١٩٣٨) وقد ظهرت مقياس وكسلر بلفيو لذكـــاء الراشدين عام ١٩٣٩ بالاضافة إلى زيادة الاهتمام باختبارات الميول والاتجاهات والقيم والتحصيل وفى مجال الشـــخصية أدخل صموئيل ليفى إلى أمريكا عام ١٩٢٤ اختبار بقع الحبر (رورشاك) وشجع صموئيل بينك على دراسته وقـــد أهتـــم بالاختبار أيضا عدد من السيكولوجيين فى مقدمتهم كلوبفـــر وهيرتز وبيوبروفسكى كما أعد موراى اختبـــاره الاســـقاطى المعروف باختبار تفهم الموضوع ، وقد كان للاتجاه الدينامى كما سنوضح فى فقرة تالية أثره فى دعـــم اســـتخدام هـــذه الأساليب الاسقاطية .

وقد كان نتيجة نجاح هذه الاختبارات ، أن خفت نوعـــا مـــا موجه النقد لها داخل دوائر علم النفس وأمام الرأى العـــام ، ومن ثم ظهر عدد كبير منها وانتشر استخدامها فى المدارس

لتصنيف التلاميــذ وتوجيهــهم وفــى الصناعــة للاختيــار

وللتوجيه ، وفى العيادات والمستشفيات للتشخيص .

وفى العقدين الثالث والرابع ، زاد الاهتمام بتقنين الاختبارات والتأكد من ثباتها وصدقها وحسن استخدامها فــى دراســة الفروق الفردية ومشكلات الوراثة والبيئة والفروق عــبر – الحضارية ، وقد أسهم التحليل العاملى فى مساندة البحــوث فى هذه المجالات وبخاصة ما يتصل منها بنظريــات الذكــاء وقد تدعــم الــدور الــذى تلعبــه المقــاييس والاختبــارات السيكولوجية خلال الحرب العالمية الثانية بخاصة ، وارتبــط ذلك بدور الاخصائى النفسى الاكلينيكى.

وفى تقييمنا للدور الذى لعبه القياس اليسكولوجى فى تطويــر علــم النفــس الاكلينيكــى ، يمكــن أن يقــال أن مقيــاس ستانفورد – بينيه كان له النفس الاكلينيكى يمكن أن يقــاس أن مقياس ستانفورد – بينيه كان له تأثير كبــير فــى هــذا المجال فقد كان العمل الرئيسى لكثير مــن الاكلينيكيــن فــى المراحل الأولى من تطور العلم ، تطبيق هذا المقياس ، ثــم امتد بعد ذلك إلى غيره من المقاييس والاختبارات . وقد كــان

لذلك تأثيره السلبى فى علم النفس الاكلينيكى ، وذلك بالرغم من أن الرواد الأوائل فى القياس السيكولوجى لم ينسبوا المعجزات للاختبارات التى أعدوها ، بل وحذروا من التهاون فى توفير الضمانات الضرورية التحليل الكيفى لنتائج الاختبار بالاضافة إلى التحليل الكمى . وقد أدى هذا الاعتماد المبالغ فيه على الاختبارات السيكولوجية ، وبخاصة فى الحالات التى تتطلب الخبرة الاكلينيكية إلى أغراء الكثير من المهن الأخرى على الاعتقاد بأن العمل الرئيسى للاخصائى النفسى الاكلينيكى هو القياس السيكولوجى وهو اعتقاد تنكره المهن النفسية .

الاتجاه التجريبى فى علم النفس :

وهو اتجاه وثيق الصلة بالاتجاه السيكومترى إلا أنه يثير الكثير من النقاش فى دوائر علم النفس الاكلينيكى فيحتدم الصراع حول المقارنة بين ما يسمى أحيانا "المنهج الأكلينيكى " و "المنهج التجريبى" وقد نشأ المنهج الاكلينيكى أول ما نشأ فى ظل التقاليد الطبية وبخاصة الطب الاكلينيكى ، وفى هذا الاطار ، فإن الاكلينيكى الماهر هو

الذى يتميز بقوة الملاحظة ولا يخشى الاعتماد على الحكم والتنبؤ الذاتى ، بل وأحيانا على الحدس أو الالهام . ومنهجه نوعى وكلى وشخصى أو ذاتى وهو إذا سجل ملاحظاته فذلك نشاط ثانوى يقوم به بوصفه ملاحظا مشاركا وبقصد زيادة فاعليته فى مساعدة مريضه عن طريق تنظيم انطباعاته وخبراته

وعلى العكس من ذلك ، فإن التقليد التجريبى نشأ فى المعمل وعلى يدى العالم الاكاديمى الذى يهتم بالمعرفة الحساسة الشاملة وبالتناول الدقيق لتفصيل وجزئيات السلوك أكثر من التأمل فى ثراء الحياة الواقعية ويعتمد الباحث التجريبى غالبا على الأدوات والاختبارات لمساعدته فى تسجيل الملاحظات فى الحال وبأقل قدر من التحيز وهو سعيا وراء الموضوعية يحاول تجنب التدخل بقدر المستطاع فيما يراه والمثل الأعلى للباحث التجريبى هو أن يعرف ما يعرفه بقدر ما يستطيع من الدقة أو بقدر محدود ومعروف من الخطأ ، أما الاكلينيكى فإن غايته هى أن يعرف ما هو هام عن الشخص .

وقد سبق أن رأينا فى نتائج بحث جارفيلد وكيرتز تفاوت موقع الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى أمريكا بين طرفى : الموضوعية والحدث ، وفى نظرتهم إلى أنفسهم بوصفهم أكاديميين أم ممارسين .

وموقفنا من هذه القضية هو أن علم النفس الاكلينيكى هو علم بقدر ما هو مهنة وهو يحتاج إلى أن يستخدم كل ما له قيمة مما يمكن أن نصل إليه باستخدام المنهج التجريبى ، وكذلك فإن الباحث التجريبى الذى يحاول معرفة شئ عن الشخصية واضطراباتها يمكن أن يفيد كثيرا من الاتجاه الاكلينيكى والمهم هو الافادة بقدر الامكان من المنهجين بأقل قدر من الاخطاء وسوف نخصص فصلا فى جزء تال من هذا الكتاب للمشكلات المنهجية فى بحوث علم النفس الاكلينيكى .

الاتجاه الدينامى فى علم النفس :

بدأ الاهتمام يتزايد فى النصف الأخير من القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين بالإنسان بوصفه كائنا ديناميا فى دأب متصل ، كما بدأ يتزايد الوعى بدور

العوامل النفسية فى السيكوباثولوجية . ورغم أن استخدام مصطلح "الاتجاه الدينامى" يمكن أن يعنى أكثر من مدرسة فى علم النفس ، إلا أنه من المسلم به أن التحليل النفسى ، كان له أكبر الأثر فى تطوير علم النفس الاكلينيكى وبخاصة فى مراحله الأولى ومن الناحية الأخرى فإنه نتيجة ازدياد الطلب على خدماته ، بدأ الاخصائى النفسى الاكلينيكى يتحرر تدريجيا من المفهوم السائد عن دوره وهو أنه الشخص الذى يطبق الاختبارات السيكولوجية إذ وجد نفسه يواجه مشكلات الفرد ككل فى تفاعلاته مع بيئته ومع الآخرين وفى تأثره بماضيه وحاضره وآماله للمستقبل . ويصعب أن يتحقق الفهم المطلوب لمساعدة العميل فى اطار أوقام يحصل عليها من اختبارات الذكاء وغيرها من الاختبارات مما دفع الاخصائى النفسى الاكلينيكى إلى الاهتمام بفهم السلوك الانسانى : السوى واللاسوى فى ضوء الدوافع . ويتمثل هذا الاتجاه الدينامى فى عدد من المدارس منها التحليل النفسى والجشتالت وسوف نقصر المناقشة فى الفقرات التالية على دور

التحليل النفسى على أن نؤجل إلى ما بعد مناقشة تأثير مدرسة الجشتالت وغيرها من المدارس فى علم النفس .

وقد تأثر فرويد مؤسس التحليل النفسى بمن سبقوه ومن عاصروه ومنهم شاركو وبرنهايم وقد استخدما التنويم المغناطيسى فى علاج مرضى الهستريا وغيرهم ثم أضاف جانبه تلميذ شاركو الكثير من المفاهيم والأساليب ومنها مثلا مفهوم التفكك وكان فرويد يعمل أصلا مع بروييه ولكنه تخلى عن التنويم واتبع أسلوبا آخر أسماه " التداعى الحر " وبنى فى ضوء مكتشفاته مع المرضى نظرية " التحليل النفسى " التى تولى الدوافع اللاشعورية اهتماما كبيرا وكان لها تأثير هائل فى تكوير علم النفسى الاكلينيكى .

وفى أمريكا . كان للجماعة المعروفة باسم " جامعة نوستون" تأثير كبير فى هذا الاتجاه ومن أفراد هذه الجماعة وليم جيمس وستانلى هول وقد دعا هذا الأخير كلا من فرويد ويونج إلى القاء محاضرات فى أمريكا وقد نشرت هذه المحاضرات فى المجلة الأمريكية لعلم النفس

وفى عام ١٩١١ تأسست جمعية للتحليل النفسى فى نيويورك .

ولعل اسهم التحليل النفسى فى تطوير علم النفس الأكلنيكى يتمثل أكثر ما يتمثل فى تأكيد الأسباب السيكولوجية للكثير من أضطرابات الشخصية لافى العصاب فقط ولكن فى سيكوباثيولوجية الحياة اليومية أيضا كما يتمثل فى تقديم نظرية دينامية شمولية لفهم الشخصية الانسانية وطريقة لدراسة العمليات السيكولوجية وللعلاج فضلا عن تأثير التحليل النفسى فى اعداد وتفسير بعض الاختبارات السيكولوجية وبخاصة الأساليب الاسقاطية وقد قام التحليل النفسى آفاقا ومفاهيم جديدة تثير عددا من المشاكل التى يمكن لعالم النفس اختبارها تجريبيا ومنها اللاشعورية خبرات الماضى الهو والانا الاعلى ومختلف ميكانيزمات حل الصراع ودور الدوافع الجنسية بمفهومها الاوسع .... الخ .

حركة الصحو العقلية والمستشفيات العقلية :

تطورت النظرة إلى المرضى العقلى عبر العصـــور ، فكان ينظر إلى المريض على أن به مس من شـــيطان أو روح شريرة وكان العلاج عن طريق فتح ثقب فى جمجمـة المريض لتسمح للشيطان بالـــهروب أو يقيـد المريـض بالسلاسل ويضرب ويعذب ويمنع عنه الطعام . ثم أدخــل هيبوقراط (٤٦٠ –٣٧٠ ق .م) فكرة أن المخ هو مركــز النشاط العقلى وأن مرضه هو سبب المرض العقلى وقد نبذ هيبوقراط الخرافات القديمة والسحر واقــترح عـددا مــن صنوف العلاج للمرض العقلى ومنها الموسيقى ولكن قـدر لهذه الأفكار أن تقبر وأن يعود الســحر والخرافـة إلــى الانتشار مرة أخرى فى القرون الوسطى وقد أمتد أثرهـــا إلى الحد الذى عولج فيه الملك حورج الثالث حين أصيـب باضطراب عقلى نفسى بنفس الاساليب القياسية على أيدى كبار أطباء انجلترا فى ذلك الوقت مما أدى إجراء تحقيقات برلمانية وإلى المناداة بالاصلاح . وفى فرنسا تزعم بينيـل حركة مضائلة للاصلاح . وفى أوائل القرن التاسع عشــر

كان قد حدث تقدم غير قليل فى إدخال الأساليب الإنسانية فى معاملة المرضى فى صورة المسمرية فقد اكتشف مسمر ما أسماه حينذاك "المغناطيسية الحيوانية" وقد ادعى أنه هو وحده وقليلون غيره يملكونها إلى أن اكسبها بريد بعد ذلك الصبغة العلمية وأسماها "التنويم المغناطيسى" وقد استخدمه بعض الرواد الأوائل كما رأينا فى علاج بعض فئات الاضطراب .

ولا ننسى فى هذا المجال مرة أخرى فضل "جماعة بوستون" فقد قدم وليم جيمس لكتاب كليفورد بيرز "العقل الذى وجد نفسه" عام ١٩٠٨ ويصف فيه ذكرياته عندما كان مصابا بمرض عقلى قبل ذلك بعام وقد أسهم بيرز فى تأسيس اللجنة القومية للصحة العقلية . وكذلك تأثر أدولف ماير بأفكار ستانلى هول ، وقد نادى ماير بالاتجاه السيكوبيولوجى وهو الاتجاه الذى يصر على دراسة الفرد ككل وعلى ملاحظة وتحليل عوامل الاضطراب السيكولوجى ثم التوليف بينها لتؤدى إلى التوافق فى عملية تعليمية .

ومن تلامذة ترمان الذى أعد مقياس ستانفورد بنيه للذكاء .

وللخلاصة أن التطورات السابقة قد مهدت الطريق لقيام الاخصائى النفسى الاكلينيكى بدوره فى المستشفيات العقلية وبخاصة خلال الحرب العالمية الثانية كما سوف نرى .

حركة توجيه الطفل :

ترتبط بحركة الصحة العقلية ارتباطا وثيقا حركة توجيه الطفل فى أمريكا . ففى عام ١٩٠٩ أنشئ فى شيكاغو معهد الأحداث السيكوباثيين وعدل أسمه بعد ذلك إلى معهد بحوث الأحداث . وكان أول مدير له هو وليام هيلى وهو طبيب نفسى تتلمذ على يدى وليام جيمس . وكان فريق العيادة يتكون من هيلى ومن الدكتورة جريس فرنالد بوصفها اخصائية نفسيه وقد استخدمت فى هذه العيادة الاختبارات الأدائية مثل لوحة سيجان ومقياس بينيه - سيمون . وفى عام ١٩١٧ انتقل هيلى إلى بوستون لإدارة مركز القاضى بيكر للتوجيه وبعد الحرب

العالمية الأولى تقدمت حركة توجيه الطفل تقدما سريعا ، واتسع نطاق اهتمامات هذه العيادات ليشتمل مدى متنوعا من المشكلات السلوكية للأطفال . وقد تطور في هذه العيادات نظام الفريق الاكلينيكى الذى يضم الطبيب النفسى والاخصائى النفسى الاكلينيكى والاخصائية الاجتماعية السيكياترية .

العيادات النفسية :

من المسلم به أن الحالة التى أدت إلى إنشاء أول عيادة سيكولوجية تحمل هذا الاسم هى تلك التى عالجها ليتنر ويتمر فى جامعة بنسلفانيا هجاء الكلمات . وقد حصل ويتمر على درجة الدكتوراه من جامعة ليبزج عام ١٨٩٢ وعند رجوعه إلى أمريكا عين مديرا لمعمل علم النفس فى جامعة بنسلفانيا حيث خلف كاتل الذى انتقل إلى جامعة كولمبيا .

وبعد أربع سنوات ، قدم وتمر فىالاجتماع السنوى للجمعية النفسية الاكلينيكية فى علم النفس والطريقة التشخيصيه فى التدريس والتى بناها على دراسته لحالة

الطفل المحمول إليه ويذكر ويتمر أنه بهذه الحالة بدأ العمل فى " العيادة السيكولوجية" والتى يمكن اعتبارها البداية الشكلية لعلم النفس الاكلينيكى وقد ألحق بها مدرسة تدريبية للأطفال الذين يعانون من مشكلات التخلف العقلى والنقائص الجسمية المعوقة للتقدم الدراسى وكان ويتمر يستخدم عيادته لتدريب الاخصائيين النفسيين والأطباء والأخصائيين الاجتماعيين ، ولأعداد جيل من الطلاب لممارسة "مهنة جديدة هى مهنة الخبير النفسى " الذى يمارس مهنته فى المجال المدرسى عن طريق فحص وعلاج الأطفال المتخلفين عقليا وخلقيا أو فى المجال الطبى وقد أسس ويتمر مجلة "العيادة النفسية " والتى استمرت فى الظهور من ١٩٠٧ إلى ١٩٣٥ وقد أسس ويتمر أيضا مستشفى واستعان بالأطباء وبالمتخصصين فى تربية العمى والصم وضعاف العقول واتبع الطريقة البيوجرافية فى دراسة الحالات . وقد شملت بعض الحالات التى عولجت عددا محدودا من الطلاب الجامعيين ومن

الأطفال الذهانيين وقـــد انتشـــرت بعـــد ذلـــك العيـــادات السيكولوجية فى أمريكا . وذاد عددها.

ورغم أن ويتمر هو مؤسس علم النفس الاكلينيكـــى إلا أن تأثيره على تطور علم النفس الاكلينيكى بعد ذلك كان محدودا إذا قورن بتأثير هيلى وزملائه ، وذلك لأنه كـــان يقصر اهتمامه على الوظائف الذهانية المرتبطة بـــالتخلف التعليمى والقصور العقلى وجوانبهما البدنية والعصبيـــة . بعكس حركة توجيه الطفل التى وجهت اهتماما إلى عـــدد متنوع من الاضطرابات السلوكية وكانت أكثر تأثرا بأفكـــار فرويد وأكثر اهتماما بالجوانب الوجدانية فى الشخصية .

الفصل الثانى

علم النفس الإكلينيكي

تعريفه ونشأته ومشكلاته

الفصل الثاني

علم النفس الإكلينيكي

تعريفه ونشأته ومشكلاته

تعريف علم النفس الإكلينيكي

يرتبط تعريف علم انفس الإكلينيكي بتعريف علم النفس بوصفه علما وتكنولوجيا ومهنة ، وهذه الجوانب الثلاثة يعتمد كل منها على الجانبين الآخرين في نموه وتقدمه بل في وجوده . ولكي توضح ذلك تعرض لتعريف والتر بنجهام لكل جانب منها ، وهو التعريف الذي قدمه في خطابه أمام المؤتمر الدولي العاشر للسيكوتكنولوجيا ، والذي انعقد في جوتنريج بالسويد عام ١٩٥١: يعرف علم النفس عادة بأنه هو " العلم الذي يهدف إلي وصف وشرح السلوك ، فهو يسعي عن طريق الملاحظة الدقيقة والقياس والتجربة إلى تزويدنا بالمعرفة التي تعين على فهم سلوك الكائنات الحية وبخاصة البشر، وأسباب هذا السلوك ".وعلم النفس بوصفه تكنولوجيا يهدف إلى مهمة أكثر صعوبة ، وهي التوصل إلى طرق للتنبؤ عن السلوك وضبطه ، فهو بذلك يسهم في

تحقيق أهداف الصناعة والتعليم والصحة العقليــــة والإدارة والحكم والسياسة ، الخ .

أما علم النفس بوصفة مهنة ، فيمكن تعريفه عــــن طريــق معرفة ما يقوم به الشخص الذي يتخذ علم النفس مهنة ، أي الشخص الذي يكسب عيشه ، لا عن طريق تدريس مادة علم النفس ، و عن طريق القيام بالبحوث النفسية ، ولكن عـــن طريق مساعدة عميل له مشكلات معينة ، سواء كـــان هــذا العميل فردا مريضا أو سويا ، أو مؤسسة أو جماعة ، وذلك بفرض تحقيق أهداف هذا العميل . وهو في ســـبيل ذلــك ، يســتخدم الطــرق والأســاليب والأدوات التـــي تقدمـــها السيكوتكنولوجيا من تشخيص وتنبؤ وعلاج .

والواقع أن جانبي العلم والتكنولوجيا في علم النفس قد تقدما معا ، وربما كان ذلك عن طريق شــخص واحــد ، فمثــلا ، حاول كاتل ، وقد تأثر بجالتون ، أن يطبق الأدوات والوسائل التي شغل بها ثورنديك وغيره في دراسة الفروق الفرديــة ، وأن يطبقها في الصناعة والتعليم والمهن " كمـا أن ويتمـر وهو عالم مع وضع الهيكل العام لما نعرفـــه اليــوم باســم العيادة السيكولوجية ، ولم يقنع بيبر جانيه ببحــث الشــذوذ ولكنه أسهم في تقدم العلاج النفسي . ومن الواضح بالطبع ،

أن الشخص الذي يتخذ علم النفس مهنة ، والذي يستخدم الطرق والأدوات التي يتكبرها السيكوتكنولوجيا ، هذا الشخص يجب أن يكون متعمقا أيضا في علم النفس بوصفه علما ، النفس بوصفه علما ، والعكس صحيح . وواقع الأمر أن النسبة الغالبة من المشتغلين بعلم النفس يجمعون بين التدريس والبحوث والسيكوتكنولوجيا والممارسة المهنية ، بل إن الأعداد الأكاديمي في المعمل وفي البحوث جزء أساسي في إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي بجانب إعداده المهني .

ولقد كان من الضروري أن نبدأ بهذه المقدمة لكي نمهد الطريق لتوضيح دلالات الترابط والتداخل بين العلم والتكنولوجيا والمهنة في تعريفنا لعلم النفس الإكلينيكي : أسسا وطريقة ونظرية وممارسة . فمثلا نجد أن بعض الدوائر وبخاصة الطبية منها ، تفضل أن يقتصر تداول كلمة " إكلينيكي" على النشاط الطبي. وكلمة " إكلينيكي" مشتقة في الأصل من كلمة يونانية تشير إلى معنى " بجوار السرير المريض " ثم امتد استخدامها إلى دراسة الفرد كفرد ، أي دراسة الفرد كفرد ، أي فحص وعلاج سرير المريض كفرد على أساس أعراضه، وليس على أساس أن هذا المريض

مثال لحالة من الحالات التي تصفها المراجع . ونجد اليوم أن كلمة " عيادة" قد اكتسبت معاني مختلفة ومنها مثلا : العيادة الخارجية مقابل الإقامة في مستشفى " كذلك ينتشر بين بعض الدوائر الطبية تعريف أخر لعلم النفس الإكلينيكي ينكره المشتغلون به ، لأنه يعادل بين الممارسة الإكلينيكية والقياس السيكولوجي. ويرى فريق ثالث أن علم النفس الإكلينيكي يتناول فقط المرضى والشواذ .

وبالرغم من أن هذه التعاريف لا تكاد تتجاوز قيمتها اليوم دلالتها التاريخية ، إلا أنها تركت بصماتها على العلاقات بين مختلف الأخصائيين الذين يتعاملون مع العميل ، ولذلك فان فهمها وتتبع أصولها ضروري لفهم مشكلات الحاضر . وفى تعريف علم النفس الإكلينيكي من جانب السيكولوجيين أنفسهم ، نورد على سبيل المثال تعريف جار فيلد:" علم النفس الإكلينيكي هو ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بمشكلات توافق الشخصية وتعديلها ". وفي هذا التعريف العام يؤكد جار فيلد أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو أولا وقبل كل شى عالم النفيس الإكلينيكي ويتلقى التدريبات العملية الضرورية في المواقف الإكلينيكية . ويمكن القول بأن علم النفس الإكلينيكي هو علم ومهنة في وقت واحد ،

وهو أمر قد يختلف بعض الشيء عن عدد من المهن مثل الطب والخدمة الاجتماعية ، حيث يعد العامل فيهما ليكون في الأساس ممارسا ، بل أن الطب يميز بين العلوم الأساسية وبين الممارسة الإكلينيكية . وإذا كان بعض الأخصائيين النفسين الإكلينيكيين يركزون كل اهتمامهم في العمل الإكلينيكي ، بينما يركز البعض الآخر جهودهم في البحوث أو في التدريس ، فانهم جميعا ينتمون إلى المهن النفسية ، ويتعين أن يثبتوا جدارتهم في البحث العلمي .

وفي عام ١٩٤٧ ، كونت الجمعية النفسية الأمريكية لجنة برئاسة شاكو لتقديم توصياتها فيما يتعلق بالدراسات العليا والتدريب في علم النفس الإكلينيكي، وهي التوصيات التي أصبحت نبراسا تهتدي به الجامعات الأمريكية في تخطيط برامجها وعيارا لتقويم هذه البرامج ، وذلك بالرغم مما يدور حولها من جدول متصل حتى اليوم . وقد عرفت هذه اللجنة علم النفس الإكلينيكي بأنه " طريقة لاكتساب المعرفة المنظمة بالشخصية الإنسانية ولاعداد الطرق لاستخدام هذه المعرفة لتحسين الحالة العقلي للفرد ". ومن الواضح أن اللجنة تؤكد على الجانبين العلمي والمهني في علم النفس الإكلينيكي ، وهي تعتبر أن تدريب الأخصائي في هذا الميدان

يجب أن يكتمل في مجالات ثلاثة أساسية هي : التشـــخيص والعلاج والبحث ، بحيث أن النقص في ميدان منـــها يــؤدي على الانتقاض من الكثير من الجداول يدور هذه الأيـــام فـــي الولايات المتحدة الأمريكية حول صـــواب قيـــام عـــدد مـــن الجداول يدور هذه الأيام في الولايات المتحدة الأمريكية حول صواب قيام عدد من المعاهد أو المدارس المهنية الخالصـــة التي تهدف إلى تخريج سيكولوجيين مـــهنيين وإلـــى منـــح درجات مهنية .ومن ثم فإن التعريف الإجرائي لعلم النفـــس الإكلينيكي ، هو أنه تطبيق للطريقة الإكلينيكيـــة : تشـــخيصا وتنبؤا وعلاجا . أي أن الأخصائي الاجتماعي وغيرهما ، كل في حدود إعداده وتدريبه وإمكانياته وفي إطار من التفـــاعل الإيجابي ، بقصد فهم ديناميات شخصية العميل وتشـــخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته ومدى اســـتجابته لمختلف صنوف العلاج ثم العمل على الوصول بالعميل إلـــى أقصي توافق اجتماعي – ذاتي ممكن . وهـــو مـــن خلالـــه عمله ، يسهم في تطوير كل من العلم والممارسة الاكلينيكيـــة عن طريق التفاعل الخلاق بين البحـــث العلمـــي والتطبيـــق العملي . ونحن نرجو أن نزيد هذا التعريـــف وضوحـــا وأن نلقي الضوء على دلالاته النظريـــة والعمليـــة مـــن خـــلال

استعراضنا في هذا الكتاب ، وهــو الطريقــة الاكلينيكيــة : أسسها وأدواتها ونظرياتها وتطبيقاتها .

ومن الجدير بالذكر أن شاكو في خطاب ألقاه حديثــا أمــام قسم علم النفس الإكلينيكي في الجمعية النفسية الأمريكيــة ، أكد موقفه السابق ، ودافع عن نموذجه المختار للأخصــائي النفسي الإكلينيكي وهــو نمــوذج " العــالم – المــهني" أي الأخصائي الذي يجمــع بيــن دوره بوصفــه عالمــا ودوره بوصفه ممارسا للمهنة . وهو يؤكد على ضــرورة تحقيــق التكامل في تدريب الأخصائي بين الممارســة العمليــة فــي الميدان والإعداد الأكاديمي في الجامعة ، وإكساب الأخصــائي الاتجاهات المطلوبة وتوفير نماذج طيبة من المدربين .

الفصل الثالث

دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي

في العلاج النفسي

الفصل الثالث

دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العلاج النفسي

خصائص الأخصائي النفسي الإكلينيكي و مناشطه و اتجاهاته :

ما هي الأعمال التي يؤديها النفسي الإكلينيكي ، وفي أي المجالات يمارس هذه الأعمال وتحت أي الظروف ؟ وما الذي يميزه عن غيره من الأخصائيين من حيث أعداده وتدريبه واتجاهاته؟

وتختلف الإجابة عن هذه الأسئلة من بلد لبلد ومن وقت لآخر في نفس البلد ، بل إنها قد تختلف من مدرسة فكرية أخرى في نفس المكان والزمان . ولنأخذ مثالا لذلك : الولايات المتحدة الأمريكية التي تضم حوالي ٧٠% من الأخصائيين النفسيين في العالم وحوالي ٨٥% من حملة الدكتوراه في علم النفس وتضم الجمعية النفسية الأمريكية حوالي أربعين ألف عضو موزعين بين حوالي ٣٥ قسما.

قام جار فيلد وكيرتز عام١٩٧٤ بدراسة مسحية شملت عينة تتكون من ٨٥٥ عضوا من أعضاء قسم علم النفس

الإكلينيكي بالجمعية النفسية الأمريكية (أقل قليلا من ثلث العضوية في ذلك الوقت) . وذلك بهدف التعرف على خصائص ومناشط واتجاهات الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ، وما وقع من تطور فيها وذلك على أساس مقارنة النتائج بنتائج بحث مماثل قام به كيللى عام ١٩٦٠ . وسوف نلخص فيما يلي وفي ايجاز شديد أهم نتائج هاتين الدراستين.

كان (٩٧%) من أفراد عينة ١٩٧٤ يحملون درجة الدكتوراه ph, D مقابل ٩٥% من الأفراد في عينة ١٩٦٠ ممن يحملون رتبة زميل ،٧٣% ممن يحملون رتبة عضو في قسم النفس علم النفس الإكلينيكي . وكان متوسط عدد سني الخبرة بعد الدكتوراه في عينة ١٩٧٤ حوالي ١٦ عاما ، ويبلغ هذا المتوسط ٣٠ سنة أو أكثر في حوالي ثلث العينة. ومن حيث موقع العمل ، فإن حوالي ٣٥% من الأفراد في عينة ١٩٧٤ كانوا يعملون في مؤسسات إكلينيكية ، وهذه تشمل : المستشفيات العقلية ٨,٤٢% ، المستشفيات العامة ٥,٩٧% ، العيادات الخارجية ٥,١٥% عيادات المجتمع في أقسام علم النفس وفي غيرها من الأقسام في الجامعات ، بينما كان يعمل ٢٣,٢٧% في عيادات خاصة (وذلك بزيارة

٦% عن النسبة التي حصل عليها كيللي عـــام ١٩٦٠) .
وأخيرا ، ففي الجامعات ، بينما كان يعمـــل ٣٣,٢٧% فـــي عيادات خاصة (وذلك بزيارة ٦% عن النسبة التي حصـــل عليها كيللي عام ١٩٦٠) . وأخيرا ، فإن ١١,٥٨% مـــن أفراد العينة ذكروا أنهم يعملون في مناشط أخري . وقد ذكـــو ثلث أفراد العينة أنهم يشغلون مصبين ، وحوالى ١٧% ثلاث مناصب أو أكثر . فمثلا ، ذكر حوالـــي ٤٧% منـــهم أنـــهم يعملون في عيادة خاصة بعض الوقت . وينتمـــي ٤٥,٨ % من أفراد العينة بالإضافة إلى قسم علم النفس الإكلينيكي إلـــى قسم أنشىء حديثا في الجمعية وهو قسم " العلاج النفسي " . ومن هؤلاء فأن أكثر من ٣٠ % منهم يعملون في عيـــادات خاصة كل الوقت .

ولما طلب من أفراد العينة أن يختاروا من بين ست فئـــات : الفئة التي تعكس في تقديرهم بوضوح نظرتهم الأسساســـية إلى دورهم المهني ، أجاب ٥٨,٧ منهم بأنهم ينظرون إلـــى أنفسهم بوصفهم " أكاديمين " أساسا ، ٤,٦٨% " بـــاحثين " ٤,٨٠ % " مستشارين" ٢,٣٤ % "مشـــرفين ، ٨,٠٧ % "مشتغلين بالإدارة " ، وذكر ١,٤٠ % جوانب أخرى . وتتغير الصورة بعض الشيء بالنســـبة للاهتمـــام الرئيـــس الثـــاني

فتصبح ١٢,٤٠ % ، ١٣,٢٢% ، ١٢,١٦%، ٢٧,٣٧٧% ، ١٣,٦٨% ، ١٢,٨٧٥، ٤,٢١٥ % ، على التوالي ، بينما ذكر ٤و٠٩% منهم انه ليس لديهم اهتمام رئيسي غير ما ذكروا .

وبسؤال أفراد العينة عن مناشطهم الرئيسية توزعت إجاباتهم الفئات التالية : العلاج النفسي الفردي ٢٥,٠٧% ، العلاج النفسي الجماعي٤,٣٥% ، تعديل السلوك ٢,٠ % التشخيص ٩.٧٩% ، تقديم خدمات استشارية للمجتمع ٥,٢٣% ، التدريس ١٣,٨٢% ، الإشراف الإكلينيكي ٧.٧٨% ، البحث ٧,٠٤% ، الإشراف على البحوث ٢.٧١%، التدريب المعملي على الحساسية ٠,٤% الكتابة والتأليف ٣.٧٧% الإدارة ١٣,٢١%، أخري ٤,٨٢%.

ومن ذلك يتضح أن المناشط الرئيسية الخمسة للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين هي بالترتيب : العلاج ، التدريس ، الإدارة ، التشخيص ، والبحث. ويختلف هذا الترتيب عن الترتيب الذي حصل عليه كيللي عام ١٩٦٠ ، حيث كان التشخيص يحتل المرتبة الثانية بعد العلاج . وتعبر نتائج عينة عام ١٩٧٤ عن تزايد واضح في اهتمام الأخصائي

النفسي الإكلينيكي بالعلاج ، ورغبة في قصر دوره على تطبيق الاختبارات النفسية ومن الناحية الأخرى ، فإن تخلف الاهتمام بالبحث على المرتبة الخامسة ، لا يبعث على الرضا من جانب فريق الاهتمام من المشتغلين بعلم النفس الإكلينيكي ومنهم جار فيلد وكيرتز ، وبخاصة في ضوء الأعداد الجاد للبحث الذي تلقاه أفراد العينة .

ومن حيث الإطار النظري الذي ينتمي اليه أفراد العينة ، فأن النسبة الغالبة منهم ٥٤,٩٧% يعتبرون أنفسهم " توفيقيين" وتوزع الباقون على النحو التالي :التحليل النفسي ١٠,٧٦% ، مدارس التحليل النفسي الجديدة ٥,٢٦% ، مدرسة ساليفان ٣,٠٤% مدرسة روجرز ١,٤٠% ، نظريات التعلم ٩,٩٤% ، مدرسة ساليفان ٣,٠٤% مدرسة روجرز ١,٤٠% ، نظريات التعلم ٩,٩٤% ، المدرسة الوجودية ٢,٨١% ، المدرسة الإنسانية ٢,٩٢% ، المدرسة العقلانية – الانفعالية . ١,٧٥%، ٧,١٤%.

يتضح من ذلك أن أكثر من نصف أفراد العينة لا يلتزمون بإطار نظري محدد ، وقد انخفضت نسبة من يدينون بالولاء للتحليل النفسي الكلاسيكي والحديث ومدرسة ساليفان من ٤% إلى ٢% . وزادت بحوالي ١% نسبة من ينتمون إلى

مدارس نظريات التعلم والإتجاه الوجودي . الا أن الزيـــادة الكبيرة حدثت في نسبة من يرفضون الالتزام باطار نظـــري واحد محدد، فقد كانت عام ١٩٦٠ بين من يحملـــون رتبـــة زميل ٣٦% ورتبة عضو ٤٨% وزادت عـــام ١٩٧٤ إلـــى حوالي ٥٥% من أفراد العينة .

وتوضح النتائج أن نسبة كبيرة من أفـــراد عينـــة ١٩٧٤ ، تتراوح بين ٧٢% ، ٩٠% ، راضون عـــن اشـــتغالهم بعلـــم النفس الإكلينيكي بينما كـــان حوالـــي ٤٠ % مـــن أفـــراد عينة ١٩٦٠ غير راضين عن مهمتـــهم . كمـــا أن برامـــج الأعداد والتدريب التي تلقوها في الجامعات التـــي تخرجـــوا فيها مقابل حوالي ٢٣% لم يكونوا غير راضين عـــن هـــذه البرامج . وتقل درجة الرضا بعامة بين من يفضلون التحليـل النفسي إطارا لهم وبين من يعملون في مستشفيات الأمراض بين من يفضلون الإطار السلوكي وبين من يهتمون بـــالبحث ومن يشتغلون في مدارس الطب وأقسام علم النفـــس وفـــي عيادات الصحة العقلية . وكانت معظم اقتراحات أفراد العينـة لتحسين برامج التدريب والأعداد تدور حول ضرورة زيـــادة الاهتمام بالخبرات الإكلينيكية تحت الإشراف ، وألاقلال مـــن الاهتمام بالبحوث .

ومن النتائج الطريفة والهامة في دراسة جار فيلد وكـــيرتز تلك التي أسفر عنها تطبيق مقياس للأيديولوجية المرتبطـــة بالعمل الإكلينيكي ، ويتكون من ١٨ فقرة ويهدف إلى الكشف عن ثلاثة مقاييس فرعونية هي:

١ – التحليل النفسي – السيكوديناميـة

٢ – تعديل السلوك – نظريات التعلم .

٣ – الحدس – الموضوعية (*).

وقد وجد الباحثان معاملات الارتباط التالية بيـــن الدرجـات الكلية على هذه المقاييس : – ٠,٥٠ بيـــن المقيســي الأول والثاني ، ٠,٣٩ بين الأول والثالث (مصححـا فــى اتجـاه الحدس) – ٠,٤٢ بيــن الثـاني والثـالث . وتؤكـد هــذه الارتباطات " صدق المركب" للمقاييس الثلاثة .

ويكشف تحليل النتائج عن عدد من الاتجاهات نوجزها فيمـا يلى :

١ – ينزع أفراد العينة الذين ينظرون إلى أنفسهم بوصفـــهم اكاديمين إلى أن يكونوا أقل اتفاقا مع القيم الســيكوديناميـة ، ممن ينظرون إلى أنفسهم بوصفهم ممارســين إكلينيكيـين ، ولكنهم يتسمون باتجاهــات مؤيـدة لمدرسـة الســلوكية ، ويضعف اتجاههم نحو الحدس بوصفه منهجا للعلم.

٢ – اتفقت الدرجات على المقاييس مع الإطار النظري الذي ذكر أفراد العينة انهم يميلون إليه ، فأصحاب الإطار التحليلي ترتفع درجاتهم على مقياس التحليل النفسي – السيكوديناميه وعلى طرف الحدس ، بينما تنخفض على مقياس التحليل النفسي .

٤ – يقع أصحاب المدرسة الإنسانية في موقع وسط بين أصحاب التحليل النفسي وأصحاب نظرية التعلم في درجة تزكيتهم لفقرات المقياس المعبرة عن اتجاه دينا مي ، وفي موقع وسط ايضا على مقياس تعديل السلوك بين أصحاب نظريات التعلم وأصحاب التحليل النفسي . وهم ينزعون إلى ان يكونوا أقرب إلى التحليل النفسي من أصحاب نظريات التعلم في مقياس الحدس – الموضوعية . وتوضح النتائج بعامة أن أصحاب مدرسة التحليل النفسي وأصحاب نظرية التعلم يقمون على طرفي نقيض على المقاييس الثلاثة .

٥ – بينما يقع أصحاب المدرسة العقلانية – الانفعالية على قطب الحدس ، وفي نقطة الوسط على مقياس التحليل النفسي ، فانهم يحصلون على أعلى الدرجات بعد أصحاب نظرية التعلم على مقياس تعديل السلوك .

٦ – ينزع من يعتبرون أنفسهم توفيقيين إلى أن يحصلوا على درجات على طرف الحدس وعلى مقياس التحليل النفسي أقل مما يحصل عليها الأفراد من معظم الجماعات الأخرى ما عدا أصحاب نظرية التعلم ومدرسة روجرز ولكنهم لا يحبذون وجهة نظر مدرسة تعديل السلوك

٧ – يتشابه اتباع مدرسة روجرز مع التوفيقيين أكثر مما يتشابهون مع أصحاب كل من المدرستين الإنسانية والوجودية ، وهم أقرب إلى أصحاب نظرية التعلم من معظم المجموعات الأخرى .

ولقد أكدت الجمعية النفسية الأمريكية في عام ١٩٤٧ علي أهمية وإعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي وتأهيله في ثلاث مجالات هي:-

(١) مجال التشخيص

(٢) مجال العلاج

(٣) مجال البحث

وتتطابق هذه المجالات إلي حد بعيد مع اتجاهات المدارس الثلاث (الدينامية، والقياسية والتجريبية)، كما أكدت الجمعية على أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي لا يعتبر مؤهلا

حقيقة إلا إذا تمرس بدرجة كافية في مجال العلاج النفسي .

.وكان مبعث هذا الرأي هـــو الحاجـــة إلـــي العـــلاج الاجتماعي Social therapy الذي يتطلب عددا كبـــيرا مـــن المعالجين ، ولكن يجـــب أن ننـــوه هنـــا إلـــي أن الحاجـــة الاجتماعية أو الحاجة إلي العلاج الاجتماعي يجب ألا تعـــوق الحاجة الماسة المستمرة إلي البحث العلمي، فـــإذا وجـــدت الحالة الاجتماعية فإن الحاجـــة إلـــي البحـــث تكـــون أكـــبر .فالجامعات بما فها لها من إدراك علمي ونظرة بعيدة عليـــها مسؤولية خطيرة في تطوير وتأكيد أهمية البحث والقـــدرات العلمية عند الأخصائي النفسي الإكلينيكي في برامج تدريبهم، فالاهتمام أولا يجب أن يركز على البحث في القوانين التـــي تحكم السلوك الإنساني ثم يأتي في المرتبة الثانيـــة وســـائل العلاج. ويعتقد البعض أن الحاجة إلي خبرة علاجيـــة تنبـــع أساسا من العلاقة المباشرة أثناء العلاج مع المرضي والتـــي تدعم خبرة عالم النفس الإكلينيكي والتي لا يمكن أن تكتســـب من أي علاقة أخرى .فإذا طلبنا مـــن الأخصـــائي النفســـي الإكلينيكي أن يقوم بتشخيص حالة معينة وأن يضـــع خطـــة بحث في مجال علم النفس الإكلينيكـــي فإنـــه ســـوف يجـــد معوقات كبيرة إذا كان مفتقدا لهذه الخبرات الإكلينيكية الهامة

في مجال العلاج، فإذا تخيلنا مثلا أن أخصائيا نفسيا إكلينيكيا أراد أن يقوم ببحث عن موضوع علاجي معين (والذي يعني بالتالي البحث في طريقة أو أسلوب أو تأثير العلاج النفسي) فإن ذلك البحث لا يمكن أن يتم بصورة صحيحة إلا إذا كـــان معتمدا على خبرات علاجية أي لا يمكن أن يؤديــه شــخص ناقص الخبرة في مجال العلاج النفسي .

وهناك شيء آخر وهي حقيقة لا تخفي على أحــد أن كثيرا من الأعــراض النفســية يكــون ســببها اضطرابــات عضوية، وأن الوحيد الذي يســتطيع أن يقــوم بالتشــخيص والعلاج في هذه الحالة هو الطبيب النفسي وبهذا يكون هناك خطورة في قيام الأخصائي النفسي بالعلاج .

وإذا كان برنامج التدريس للأخصــائي النفســي فــي مجال علم النفس الإكلينيكي يشمل التدريب في البحــث فــي الوسائل التشخيصية فإن ذلك كفيل بأن يستوعب كــل وقتــه إضافة إلى عبء ثالث وهو التمرين على العلاج وهذا ســوف يؤدي إلي انخفاض مستوى الأخصائي النفسي الإكلينيكــي، فتدريب الأخصائي النفسي على اختبارات التشخيص يحتــاج إلي سنتين، كما يحتاج إلي سنتين أخريين للتمريــن علــى وسائل البحث والطرق الإحصائية فإذا أعطينا جزءا من هــذا

الوقت للتمرين علي العـــلاج فـإن الكفــاءة التشــخيصية والكفاءة في البحث حتما ستكون غير كاملة .

دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في البحث :

يعتقد كثير من علماء النفس أن أهم مجال لمســـاهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالنسبة للطب النفسي هو مجال البحث وفي الحقيقة فإن هذا الرأي غير قـــابل للتحديـــات أو المناقشة ومما يزيد الموضوع أهمية أن معلوماتنا في مجـــال التشخيص والعلاج مازالت محدودة حتى الآن ،لذلـــك فـــإن الأمل معقود على مزيد من الأبحاث فـــي المجـــال النفســـي، وبديهي أنه لا يوجد أفضل من الأخصائي النفسي الإكلينيكـــي في ذلك حيث أنه أمضي وقتا طويلا في التمرين على منـــاهج البحث العلمي Research Methodolgy ولـــذا يســتطيع أن يساهم بدور كبير في تقدم الطب النفسي وذلك ليس بمحاولـــة التشابه مع الطب النفسي، وليس باعتناق معتقدات واتجاهات الطب النفسي ولكن بأن يكون له قواعده وقوانينـــه وطرقـــه الخاصة في البحث.

ويشكو معظم من يعملون فـــي مجـــال علـــم النفـــس الإكلينيكي بأنه ينظر إليهم نظرة أقل أو على أنهم من رجـــال

الصف الثاني من قبل الأطباء النفسيين وحل هذه المشـــكلة هو أن يشعر رجال علم النفس الإكلينيكي بأن لهم شخصيتهم المستقلة في مجالهم والذي يؤدي دوره فـــي الإســـهام فـــي تطور الطب النفسي من خلال البحث العلمي وتطبيق قواعـــد علم النفس النظرية .

ولعل من أبرز وأهم إسهامات علم النفس الإكلينيكـــي في مجال الاضطرابات النفسية هـــو فـــي مجـــال الوصـــف Description ، ولعل اختبارات الذكاء هو دليل علـــى مـــدى دقة التقدير الموضوعي، وهي تفـــوق التقديـــر الشـــخصي، وكذلك المقابلة الإكلينيكية التي تعتمد علي غالبا على التقديـــر الشخصي والكيفي وبذلك فإن الفاحص النفســـي الإكلينيكـــي يجب أن يساهم بطريقة موضوعية في كيفية التقدير ،وهنـــاك أدلة عديدة على أهمية هذا الإســـهام، فمـــن المعـــروف أن مرضي الهستيريا يتميزون بقابلية شديدة للإيحاء. ولقد قـــام أيزنك عام ١٩٤٩ بمقارنة مرضـــي الهســـتيريا بـــآخر ون يعانون من أمراض عصابية أخري ووجد أنه لا يوجد فـــرق بين المجموعتين في القابليـــة للإيحـــاء، وذلـــك باســـتخدام اختبارات لقياس درجة القابلية للإيحـــاء، ووجـــد أيضـــا أن هؤلاء المرضي العصـــابيين لا يختلفـــون عـــن الأشـــخاص

الطبيعيين. واعترض الأطباء النفسيون على هـــذه النتـــائج وأرجعوا الخطأ إلى أن مفهوم القابلية للإيحاء عنـــد أيزنـــك يختلف عن مفهومها لدي الأطباء النفسيين، ومن ثـــم قـــام أيزنك بمقارنة تقييم عدد مـــن الأطبـــاء النفســـيين لبعــض المرضي بالنسبة لقابليتهم للإيحاء حيث قـــوم كـــل مريـــض بواسطة طبيبين مختلفين، فوجد أيزنك فروقـــا شـــتي بيـــن الأطباء في تقييمهم لكل حالة،

Eysenck, H.J., (1968) The contributions of clinical psychology to psychiatry. Modern prespective in world psychiatry by G. H., Howells. Oliver & Boyd.

لذلك فإن التقدير الموضوعي عن طريق الاختبـــارات أدق وأصوب من التقدير الشخصي خلال المقابلة الإكلينيكيـــة ومن هنا تبرز أهمية علم النفس الإكلينيكـــي فـــي الوصـــف بالنسبة للسلوك والعواطف وســـمات الشـــخصية والقـــدرات العقلية ومستوي الذكاء .

دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في التشخيص :

إن مشاركة الأخصائي النفسي الإكلينيكي ومساعدته للطبيب النفسي في التشخيص أمر بديهي ومتعاف عليه بالنسبة لعلماء النفس وكذلك بالنسبة للأطباء النفسيين وذلك من خلال الجهد الذي يقوم به في وضع الاختبارات النفسية التي تستخدم في هذا الغرض.

وفي دراسة قام بها "جولد برج Gold Beg, 1965" وقام بتحليل عدد كبير من اختبار مينسوتا خلالها، وجد أن هذا الاختبار نجح في التفرقة بين حالات الذهان والعصاب في ٧٤ ٠/٠ من الحالات بالمقارنة إلي النتائج المبنية على مستوى المصادفة والتي تصل إلى ٥٠ ٠/٠

دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في علاج الأمراض النفسية :

يعتبر العلاج السلوكي الإسهام المباشر والعملي لعلم النفس الإكلينيكي في علاج كثير من الاضطرابات النفسية ، وهذا العلاج يعتمد على نظريات التعلم ابتداء من بافلوف

حتى أيزنك وولبي وسكينر.

دور الأخصـــائي النفـــس الإكلينيكـــي فـــي بعـــض المجتمعات :

و يختلف النظر إلى دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي فـــي بلاد العالم عنه في الولايات المتحـــدة الأمريكيـــة بدرجـــات متفاوتة . وسوف نكتفي في هذا المجال بنماذج محدودة مـــن بعض البلدان مستعينين في ذلك بالدراسة التي قام بها هنري دافيد عام ١٩٦٣ ، والتي شملت ٥٧ بلدا . ومن المؤكـــد أن ثمة تغيرات قد وقعت منذ هذا التاريخ ، وبخاصة في برامـــج التدريب وافعداد ، الإ أننا نرجح إنها لا تلمس جوهر الملامح التي يعرضها دافيد

بريطانيا :

سوف نعرض بعد قليل لأعمال جالتون وتلامذته فـــي مجـــال دراسة الفروق الفردية وفي حركة القيـــاس الســـيكولوجي . وقد شجع مكدوجال تلامذته على دراسة الطفل . وكان التقليد البريطاني يهتم بالحاجة على الجمع بين الاتجاهين النظـــري والتطبيقـــي . إلا أن اســـتخدام مصطلـــح " علـــم النفـــس

الاكلينيكي " لم ينتشر إلا حديثا ، وقد عمل الاكلينيكيون منذ سنين عديدة تحت أسماء أخرى ، فمثلا ، اذا اتصل عملهم بالأطفال ، أطلق عليهم لقب "سيكولوجي تربوي ".

وفي عام ١٩١٣ عين سيريل بيرت اخصائيا نفسيا في مجلس محلي لندن ، فكان اول سيكولوجي أكلينيكي يمارس هذه المهنة في بريطانيا . ويجمع بين الاتجاهات الطبية والسيكولوجية والاجتماعية والتربوية . وفي عام ١٩٢٠ أسس كريشتون ميللر بمعهد علم النفس الطبي الذي عرف بعد ذلك بعيادة تافستوك ، وهي مركز هام من مراكز الطب النفسي . وقد ساهم صندوق الكومنولث في رعاية حركة توجيه الطفل في بريطانيا ما فعل فى أمريكا . وتأسست عيادة لندن لتوجية الطفل بوصفها عيادة نموذجية وذلك عام ١٩٢٨ تحت إدارة وليام مودى وكان يعمل فيها أخصائيون نفسيون تلقوا تدريبهم بأمريكا وقد اهتموا بمشاكل الأطفال وأصبحوا يعرفون بالسيكولوجيين التربويين . وقد ساعد ظهور المشكلات الناشئة عن ترحيل الأطفال أثناء الحرب فى توضيح الحاجة إلى خدمات توجية

الطفل . وقد شجع قانون التعليم الذى صدر عام ١٩٤٤ السلطات المحلية على إنشاء خدمات لتوجية الطفل والاستعانة بالسيكولوجيين التربويين .

وقد أطلق لقب " اخصائى نفسى اكلينيكى " على السيوكولوجى المشتغل فى ميدان الصحة النفس الاكلينيكى مهنيا وعلميا وقد وضح أن الاخصائى النفسى والطبيب النفسى يمكنهما العمل معا بصورة تزيد فى كفاءة كل منهما لفائدة المريض وفى عام ١٩٤٧ بدأ معهد مستشفى مودسلى للطب النفسى أول برنامج تدريبى . ومنذ صدر قانون الصحة عام ١٩٤٨ ازدادت الحاجة إلى الاخصائيين النفسيين الاكلينيكيين فى مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية الخارجية ومراكز التأهيل والفروع الأخرى من الخدمة الطبية . وقد شارك السيكولوجييون والأطباء النفسيون بأعداد متساوية فى انشاء الجمعية البريطانية لعلم نفس الطفل والطب النفسى للأطفال عام ١٩٥٧ ورغم أن الخدمات الصحية القومية لا تعين معالجين نفسيين من غير المهن الطبية ، إلا أن السيكولوجيين يشتغلون بالتشخيص

والعلاج والتدريب والبحوث فى مجال متعددة سواء فى عيادات خاصة أو فى المؤسسات الطبية والتعليمية وفى الصناعة والخدمة المدنية وفى القوات المسلحة والمستشفيات العامة وفى العلاج النفسى وبخاصة للاطفال وتتراوح الاتجاهات بين طرفى العمل " الحدس " والعمل " الموضوعى " كما تختلف الولاءات النظرية للمشتغلين بالعلم ، إلا أنه يمكن القول بعامة أن السيكولوجي يحرص فى الأغلب الأعم على القيام بدورة فى الدراسة الموضوعية سواء عن طريق القياس أو الملاحظة وهو يتبادل المعرفة والخبرة مع الطبيب النفسى الذى يهمه العلاج فى الموضع الأول .

فرنسا :

وتاريخها فى القياس والسيكوباثولوجيا والتحليل النفسى حافل تبرز فيه أسماء بينية وبينيل وشاركو . وقد ارتبط علم النفس فى فرنسا ارتباطا وثيقا بالفلسفة من ناحية ، ومن ناحية ومن ناحية آخرى عارض الأطباء النفسيون فى اشتغال الأفراد من غير المهن الطبية بالعلاج

النفسى ، وهم يرون أن دور الاخصائى النفسى يجب أن يقتصر على تطبيق وتفسير الاختبارات النفسية ، ولكن ذلك لم اشتغال بعض الاخصائيين النفسيين بالعمل العلاجى فى العيادات الخاصة مع الأطفال والأحداث الجانبين ، وبخاصة من تلقى من هؤلاء الاخصائيين تدريبا معترفا به فى التحليل النفسى .

الاتحاد السوفيتى :

يرتبط علم النفس فى الاتحاد السوفيتى بمفاهيم بافلوف فى وظائف الجهاز العصبى من ناحية وبالفلسفة الماركسية والمادية الجدلية من ناحية أخرى . والكثير من الدراسات التى تتم فى المعامل الفسيولوجية فى روسيا هى دراسات سيكولوجية ، كما أن علم النفس الروسى يؤكد على أهمية التفاعل الاجتماعى فى التطور التاريخى للإنسان . ويمكن القول بعلمه أن علم النفس الاكلينيكى فى روسيا يشير غالبا إلى " السيكوباثولوجيا " وأن الدراسات فى هذا المجال تتم غالبا فى الدوائر الطبية . ويكاد يقتصر عمل الاخصائى

النفسى الاكلينيكى علـــى التشـــخيص وبخاصـــة الجوانـــب العضوية فى السيكوباثولوجيا .

ولا يشجع استخدام الاختبارات النفسية فـــى الاتحـــاد السوفيتى بوصفها تتنافى مع المادية الجدلية ومـــع الخـــبرة العملية فى المجتمع السوفيتى وأن فى اســـتخدامها تجـــاهل لامكانية تحسين القدرة من خلال التدريب إلا أن ذلك لم يمنـــع من استخدام هذه الاختبارات ومنها بينيه والرورشاك بصورة أو بأخرى . والعلاج النفسى فى روسيا هو أساســـا عـــلاج طبى يقوم به الطبيب على أساس استخدام مفـــاهيم بـــافلوف وتواجه مفاهيم فرويد مقاومة شديدة ، وقد حلت عام ١٩٣٠ جميعه التحليل النفسى على أساس أن مفاهيم فرويـــد غـــير عملية وغير تجريبية وأنها مثالية ، ويمكن أن تـــؤدى إلـــى ردود فعل سياسية وفى عام ١٩٥٨ ، أعلـــن أن المشـــكلات التى أهتم فرويد ببحثها مشكلات هامة ولكن يتعيـــن النظـــر إليها فى ضوء مفاهيم بافلوف . ويفسر المرض العقلى فـــى روسيا على أنه مرض عضوى ، ويفسر العصاب على أنـــه

يرجع إلى ضعف الجهاز العصبى ، وللبيئة دورها فى كل منهما ، وذلك فقد يتعين تغييرها .

ويمكن القول بعامة أن علم النفس فى الصين الشعبية يسير على نفس المبادئ السابقة مع الاهتمام بالطب الصينى التقليدى مثل العلاج بالابر .

اليابان :

يعمل الاخصائيون النفسيون الاكلينيكيون اليابانيون فى مراكز توجيه الطفل والرعاية الاجتماعية ومحاكم الأحوال الشخصية ومؤسسات الأحداث وضعاف العقول ومراكز التأهيل فى العيادات المدرسية . ويتزايد الطلب عليهم فى مستشفيات الأمراض العقلية . والمركز الرئيسى للتدريب والبحوث فى علم النفس الاكلينيكى هو المعهد القومى للصحة العقلية الذى تأسس فى طوكيو عام ١٩٥٢ والذى يصدر المجلة اليابانية للصحة العقلية ويمارس الأخصائى النفسى التشخيص والعلاج . وتعمل الجمعية النفسية اليابانية والجمعية اليابانية للاخصائيين النفسيين الاكلينيكيين على الارتفاع بمستويات اعداد الاخصائى ، وتصدر المجلة

اليابانية لعلم النفس الاكلينيكى . ويمكن القول بعامة أن علم النفس الاكلينيكى فى اليابان يتبع النمط الأمريكى .

الهند :

كان علم النفس فى الهند جزءا من دراسة الفلسفة ، ولكن منذ أن حصلت الهند على استقلالها عام ١٩٤٧ أنشئت أقسام مستقلة لعلم النفس التطبيقى . ويتمثل دور الاخصائى النفسى الاكلينيكى فى التشخيص ، وما يتطلبه ذلك من دراسة للحالة وتطبيق للاختبارات السيكولوجية ، ويعمل البعض منهم فى العلاج النفسى فى عيادات خاصة أو بوصفه عضوا فى فريق أكلينيكى ، فى الجامعات وكليات الطب ومراكز توجيه الطفل والقوات المسلحة والصناعة ، بل أن بعض السيكولوجيين يديرون مراكز للعلاج النفسى وعيادات للصحة العقلية وتطبق الاختبارات الأمريكية والبريطانية فى الهند إلا أن عددا منها قد قنن إلى لغات الهند الأكثر انتشارا والكثرة الغالبية من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين لا يلتزمون باتجاه نظرى معين ويفضلون أن يكونوا توفيقيين .

فى جمهورية مصر العربية :

لم يكتب بعد تاريخ علم النفس فى مصر بعامة وعلم النفس الاكلينيكى بخاصة وربما كان ذلك راجعا إلى أن تاريخ علم النفس كما نعرفه اليوم حديث نسبيا رغم أن الأصول الحضارية والثقافية للمعارف النفسية ضاربة الجذور فى تاريخنا البعيد والقريب . ويمكن القول بأن البدايات الأولى لعلم النفس الحديث فى مصر نشأت مع قيام مدارس المعلمين ومعاهد وكليات التربية من جانب ، وأقسام الفلسفة والاجتماع فى كليات الآداب من جانب آخر . وربما كانت العيادات النفسية التى أنشئت عام ١٩٣٤ فى معهد التربية للمعلمين (كلية التربية بجامعة عين شمس حاليا) أول عيادة تنشأ فى مصر بهذا الاسم . وكانت المواد النفسية المرتبطة بعلم النفس الاكلينيكى تدرس تحت عناوين مختلفة مثل الصحة النفسية والقياس السيكولوجى ، وعلم النفس المرضى ، الخ .. وربما كان أول منهج يدرس فى مصر تحت عنوان " علم النفس الاكلينيكى " هو ذلك الذى بدأ تقديمه عام ١٩٥٤ فى قسم الدراسات النفسية والاجتماعية بكلية الآداب بجامعة عين شمس لطلبة الليسانس ثم لطلاب

الدبلومات المتخصصة فى الخدمة النفسية ، وذلك بعد دراستهم النظرية والعملية للقياس السيكولوجى فى الفرقة الثالثة . ويصاحب هذه الدراسة تدريب عملى فى مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية بما فيها العيادات النفسية الملحقة بالكلية ، وفى مختلف مؤسسات الخدمة النفسية . وتجمع الدراسة فى هذا القسم بين اتجاهين قويين فى علم النفس الاكلينيكى هما : الاتجاه التجريبى السيكومترى والاتجاه الدينامى . وقد انفصل هذا القسم حديثا إلى قسمين مستقلين أحدهما لعلم النفس والآخر لعلم الاجتماع.

وفى عام ١٩٥٨ أنشى فى قسم الفلسفة بكلية الآداب بجامعة القاهرة دبلوم علم النفس التطبيقى والتحق به أول فوج فى العام الدراسى ١٩٥٩ /٦٠ وفى عام ١٩٦٣ تغير اسم القسم إلى قسم الدراسات الفلسفية والنفسية ثم أنشئت عام ١٩٦٦ شعبة علم النفس وتخرج أول فوج فيها عام ١٩٧٢ ثم تحولت الشعبة إلى قسم لعلم النفس فى العام الدراسى ١٩٧٣/٧٤ ويدرس القياس السيكولوجى وعلم النفس الاكلينيكى لطلبة اليسانس والدبلوم . وتتسم الدراسة

فى كل منهما بالاتجاه التجريبى الموضوعى . وهناك أقسام لعلم النفس أو مجالات لمتابعة الدراسات النفسية التطبيقية فى كلية البنات بجامعة عين شمس ، وفى كليات الآداب بالجامعات وتلحق بالبعض منها عيادات نفسية ، كما أنشئت فى كليات التربية دبلومات تطبيقية متخصصة فى الصحة النفسية والقياس السيكولوجى والارشاد النفسى .. الخ .

ومن الناحية الأخرى ، تطورت الدراسة فى أقسام الطب النفسى والعقلى بكليات الطب ، فأدخلت فيها الدراسات النفسية ولو على نطاق محدود . ومما يدعو إلى الارتياح ، أن هذه الأقسام تتبادل خبرات أساتذتها مع أقسام علم النفس عن طريق التدريس والاشراف على البحوث والتدريبات العملية وقد تزايد اهتمام أطباء النفس بدراسة إمكانية استخدام الأدوات السيكولوجية فى العمل الاكلينيكى . كما أن كل العيادات النفسية الجامعية تضم بين العاملين فيها أطباء واخصائيين اجتماعيين .

وقد كان لانشاء المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية دور هام فى تطوير الخدمة النفسية فى مصر، فقد

استعانت وحداته المختلفة وبخاصة وحدة البحوث النفسية والتربوية منذ بداية انشاء لمركز بعدد من المشتغلين بفووع علم النفس التطبيقى لتدريب الاخصائيين النفسيين بها، وللعمل فى اعداد بعض الادوات النفسية والمعملية للاستخدام فى البحوث الاجتماعية والجنائية فى المجتمع المحلى. وهى البحوث التى يسهم عدد غير قليل منهم فى الاشراف عليها. وقد نظم المركز فى مايو ١٩٧١ المؤتمر الأول لعلم النفس بالتعاون مع الجمعيات العلمية النفسية. وقد برز فى هذا المؤتمر الدور الكبير والهام الذى يمكن ان يسهم به علم النفس بوصفه علما وتكنولوجيا ومهنة فى خدمة قضايا الانتاج والتربية والتنمية الاجتماعية – الاقتصادية.

ويعمل الاخصائيون النفسيون الآن فى مستشفيات الأمراض العقلية وفى العيادات النفسية الملحقة بالمستشفيات العامة وبوحدات الصحة المدرسية. ورغم أن جهود الاخصائى النفسى فى هذه المجالات كانت محصورة فى البداية فى تطبيق الاختبارات النفسية، الا انه تم حديثا توصيف وظائفهم ووضع سلم وظيفى يسانده برنامج تدريبى

وبعثات داخلية، ومن المتوقع أن يتسع تبعا لذلك نطاق العمل النفسى الاكلينيكى . ويعمل عدد محدود من الاخصائيين النفسيين فى مستشفيات الأمراض العقلية الخاصة. كما ان عددا آخر يعمل كل الوقت أو بعضه فى عيادات خاصة فى اطار قانون تنظيم العلاج النفسى الذى سوف نعرض مواده فى فقرة تالية .

ويعمل عدد من الاخصائيين النفسيين فى القوات المسلحة فى مختلف المناشط: فى اختيار الأفراد العسكريين وتوزيعهم وتدريبهم وفى ادارات المخابرات والتوجيه المعنوى وفى المستشفيات العسكرية. وتستعين مختلف وزارات الدولة بالاخصائيين النفسيين فى عدد كبير متنوع من المناشط : الكفاية الانتاجية والتدريب المهنى والمصانع ومكاتب العمل، ومكاتب التوجيه والارشاد الاسرى والتأهيل المهنى للمعوقين ومؤسسات التثقيف الفكرى ورعاية الأحدلث الجانحين والسجون وغيرها من مؤسسات الدفاع الاجتماعى ورعاية المسنين .

وقد تدعمت خدمات الاخصائى النفسى التطبيقى فـــى مصر بفضل جهود عدد من اساتذة علم النفس عملـــوا فـــى صمت وتحت ظروف قاسية ودون عون خارجى، على اعـداد الأدوات الرئيسية العالمية فى القياس السيكولوجى للاستخدام فى المجتمع المحلى. وســـوف نناقش هـــذه الأدوات فـــى الفصول التالية. ولقد حـــان الوقـــت لكـــى تتولـــى الدولـــة مسئوليات اعداد هذه الاختبارات بحيث تتوفر لـــها مقومـــات المقاييس الجيدة والضمانات الضرورية التـــى تكفـــل عـــدم اساءة استخدامها .

وأخيرا وليس آخرا، فقـــد كـــان للجمعيـــات العلميـــة والمهنية فى مصر فضل كبيرا فى دعم وتطوير علم النفـــس بوصفه علما وتكنولوجيا ومهنة . ومن هـــذه الجمعيـــات : الجمعية المصرية للدراسات النفسية وهى تصـــدر "الكتـــاب السنوى" ، والجمعية المصرية للصحة العقلية وهـــى تضـــم عددا من الأطباء وأساتذة علم النفس، ورابطـــة المعـــالجين النفسيين من غير الأطباء ، وكان لجهودها فضل كبـــير فـــى دعم قانون تنظيم العلاج النفســـى وتـــأكيد دور الاخصـــائى

النفسى فى هذا المجال. ونحن ننتظر المزيد من هذه الجمعيات ونأمل أن تفلح المهنة النفسية فى مصر الى ان يكون لها أكثر من مجلة علمية ومهنية تصدر بانتظام وتعمل على نشر رسالة علم النفس والمهنة النفسية فى الوطن العربى الكبير .

مهنة العلاج ا لنفسى فى مصر والقانون المنظم لها :

ينظم الاشتغال بمهنة العلاج النفسى فى مصر القانون رقم ١٩٨ لسنة ١٩٥٦. وبالرغم من أنه سبق صدور هذا القانون مجادلات عديدة وأحيانا مريرة بين المهن النفسية والطبية، وبالرغم من ان كلا من الفريقين لازال يرى فيه ثغرات لا يرضى عنها، الا انه من الاصناف ان نقرر ان مصر كانت رائدة فى هذا التشريع. وسوف نناقش تطبيقات هذا القانون فى مختلف مناشط العمل الاكلينيكى، كل فى الفصل الخاص به فى جزء تال. وكل ما نرجوه أن يكون القانون حافزا على أن تحرص كل مهنة على الارتفاع بمستويات تدريب أفرادها فى اطار من التفاعل الخلاق لمصلحة العميل والمجتمع .

وفيما يلى مواد هذا القانون :

مادة ١- لايجوز لأى شخص أن يزاول العلاج النفسى الا اذا كان مرخصا له فى ذلك من وزارة الصحة العمومية .

ويشترط للحصول على هذا الترخيص الشروط الآتية :

أولا- أن يكون طالب الترخيص من احدى الفئات الآتية:

أ - الحاصلين على دبلوم الأمراض العصبية والعقلية من احدى الجامعات المصرية .

ب - الحاصلين على دبلوم من الخارج تعادل الدبلوم المنصوص عليها فى البند السابق فإن كان أجنبيا وجب عليه أداء الامتحان أمام اللجنة المشار اليها فى المادة الثانية .

جـ الحاصلين على مؤهل جامعى من الجمهورية المصرية أو من الخارج وعلى شهادة تخصص فى العلاج النفسى من أحد معاهد العلاج النفسى المعترف بها والتى تقرها اللجنة المذكورة.

د - أن يكون عضوا عاملا أو منتسبا باحدى جمعيات العلاج النفسى أو هيئاته المعترف بها فى مصر أو فى

الخارج والتى تقرها اللجنة المذكورة ويكـــون قــد اجتــاز امتحانا أمام هذه اللجنة .

هـ- الحاصلين على مؤهل عال فى علم النفس من احــدى الجامعات أو أحد المعاهد فى مصر أو فى الخـــارج وأعــدوا أنفسهم للتخصص فى العلاج النفسى لمدة سنتين على الأقــل بأحد معاهد العلاج النفسى أو بمؤسساته التى تعــترف بــها اللجنة المذكورة أو يكون تحت اشرافها وبعد اجتيازه امتحانا أمام اللجنة.

ثانيا- ألا يكون قد حكم بادانته جناية أو جنحة مخلـــة بالشرف أو ماسه بالكرامة أو لجنحة مزاولة مهنة الطــب أو احدى المهن المرتبطة بها بدون ترخيص- وفى هذه الحالــة الأخيرة لايجوز له أن يتقدم بطلب الـــترخيص قبــل مضـــى خمس سنوات من تاريخ انقضاء العقوبة .

ثالثا- أن يكون حسن السمعة، محمود السيرة وتقـــدر اللجنة المذكورة حالة الطالب من هذه الناحية ولـــها اذا رأت أن تطلب ايضاحات منه أو من أيـــة جهـــة أخـــرى ويكـــون

قراراها فى ذلك نهائيا   مادة ٢- تشكل اللجنة المشار اليها فى المادة السابقة على الوجه الآتى :

وكيل وزارة الصحة العمومية الدائم ومدير عام مصلحة الصحة العقلية ومندوب من مجلس الدولة من درجة نائب على الأقل وأستاذ الأمراض العصبية بكلية طب القصر العينى بجامعة القاهرة خمسة أعضاء يختارهم وزير الصحة العمومية لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد أحدهم أستاذ من أساتذة الأمراض الباطنية بكلية الطب بجامعة القاهرة على أن تكون له دراية بالمسائل النفسية والأربعة الآخرون من الفنيين الاخصائيين فى العلاج النفسى .

ويجرى الامتحان بواسطة لجنة فنية خاصة تشكل من بين أعضائها ويصح ان يضم اليها أعضاء من الخارج عند الأقتضاء. ويكون تشكيل لجنة الامتحان بقرار من الوزير . وترفع قرارات اللجنة العامة الى وزير الصحة العمومية خلال أسبوع من تاريخ رفع القرار اليه والا أصبح القرار نافذا من تلقاء نفسه .

مادة ٣- يجب على طلب الترخيص تقديم طلبه الى وزارة الصحة العمومية موضحا فيه الاسم واللقب والجنسية ومحل الاقامة ومرفقا به صحيفة السوابق والمؤهلات الفنية والعلمية الحاصل عليها الطالب .

وعلى قسم الرخص الطبية بالوزارة أن يبعث الى اللجنة المذكورة بجميع البيانات المنوه عنها فى المادة الأولى المتعلقة بالطلب .

مادة ٤- يجب على من يرخص له فى مزاولة مهنة العلاج النفسى أن يحلف أمام اللجنة المذكورة يمينا بأن يؤدى أعمال مهنته بالأمانه والصدق وأن يحافظ على سر المهنة وأن يدفع رسما مقابل قيد اسمه بجدول المشتغلين بالعلاج النفسى قدره عشرة جنيهات .

مادة ٥- يجب على المعالج النفسى أن يخطر وزارة الصحة العمومية بسكنه ومقر عمله خلال شهر من تاريخ حصوله على الترخيص واخطاره بقيد اسمه جدول المعالجين النفسيين بوزارة الصحة العمومية وعليه أيضا اخطارها بكل

تغيير يخصل فى سكنه أو مقر عمله خلال شهر من تـــاريخ حصول هذا التغيير .

مادة ٦- لايجوز لمن يمنح ترخيصا فى مزاولة مهنـــة العلاج النفسى وكان من غير الأطباء أن يتولى عــــلاج أيـــة حالة نفسية مصحوبة بأعراض بدنية أو عقلية أو يشتبه فـــى أنها كذلك الا بعد عرض المريض على طبيب يقوم بفحصــــه للتثبيت من أن الأعراض التى يشكو منها ليست نتيجة علـــة فى الجسم أو مرض فى العقل وعلــــى الطبيـــب أن يحتفـــظ بالتقرير اذا ظهر أن الحالة نفسية أو تحتاج لعــــلاج نفســـى كجزء متمم للعلاج البدنى أو العقلى وتولى علاجـــــها علـــى هذها الاعتبار وفى هذه الحالة الأخيرة يتعين عليه أن يكـــون على اتصال دائم بالطبيب وأن يبادله الـــرأى فيمـــا يختـــص باستمرار العلاج النفسى أو قطعة أو ارجائه .

مادة ٧- اذا كانت الحالة نفسية وطأت على المريـــض أعراض جديدة غير التى أثبتها الفحص مـــن قبـــل بمعرفـــة الطبيب فعلى المعالج النفسى أن يشير على المريض بعـــرض نفسه على الطبيب للتثبت من حقيقة الأعراض وسببها وليس

له أن يستمر فى العلاج النفسى الا بمشورة الطبيب كما لو كانت الحالة مستجدة .

وكذلك اذا تبين للمعالج النفسى أن الحالة المعروضة عليه عقلية أو يشتبه فى أنها عقلية يجب عليه أن يتصل بأهل المريض على الفور لعرضه على طبيب اخصائى فى الأعراض العقلية ولا يجوز له أن يستمر فى علاج المريض نفسيا الا تحت اشراف الطبيب العقلى وبالتعاون معه .

مادة ٨- اذا كان المعالج النفسى غير طبيب فلا يجوز له بحال من الأحوال أن يتصدى لتشخيص العلل والآفات الجسمية أو علاجها أو مباشرة أى علاج عضوى مما لا يجوز لغير الطبيب أن يزاوله ومحظور عليه الكشف على جسم المريض أو النصح اليه بأيه وصفات طبية أو دوائية .

مادة ٩- يعاقب بالحبس مدة لا تتجاوز سنتين وبغرامة لا تزيد على مائتى جنيه أو باحدى هاتين العقوبتين كل من يزاول مهنة العلاج النفسى دون أن يكون اسمه مقيدا فى جدول المعالجين النفسيين بوزارة الصحة العمومية وفى حالة العود يحكم بالعقوبتين معا.

مادة ١٠- اذا أخل المعالج النفسى بواجبه عرض أمره على اللجنة المذكورة لمحاكمته تأديبيا ولها بعد تحقيق ما نسب اليه وسماع أقواله أن توقع عليه أحد الجزاءات التأديبية الآتية: الانذار أو التوبيخ أو الوقف مدة اقصاها ثلاث سنوات أو سحب الرخيص نهائيا ولا يكون انعقاد اللجنة صحيحا فى هذه الحالة الأخيرة الا بحضور سبعة من أعضائها على الأقل .

مادة ١١- استثناء من أحكام الفقرة أولا من المادة الأولى. يجوز للأشخاص المشتغلين بالعلاج النفسى حاليا ممن لا تتوافر لديهم هذه المؤهلات ويكونون قد أمضوا فى ممارسة هذه المهنة خمس سنوات على الأقل أن يتقدموا الى اللجنة المنصوص عليها فى المادة الثانية خلال سنة من تاريخ صدور هذا القانون لتنظر فى الترخيص لهم فى الاستمرار فى مزاولة العلاج النفسى بعد التثبت من خلوهم من الموانع المنصوص عليها فى الفقرتين ثانيا وثالثا من المادة المذكورة ومن صلاحيتهم فنيا لهذا النوع من العلاج .

مادة ١٢- استثناء من أحكام المواد السابقة الخاصة بامتحان الطالب أمام اللجنة المنصوص عليها فى المادة الثانية. يجوز لوزير الصحة العمومية أن يعفى من هذا الامتحان أساتذة علم النفس بالجامعات أو المعاهد المصرية .

كما يجوز له أن يعفى من هذا الامتحان أساتذة علم النفس السابقين بالجامعات أو المعاهد المصرية أو الأجنبية .

مادة ١٣- على وزير الصحة العمومية والعدل تنفيذ هذا القانون ويعمل به من تاريخ نشرة فى الجريدة الرسمية ولوزير الصحة العمومية اصدار القرارات اللازمة لتنفيذه .

صدر بديوان الرياسة فى ٢١ رمضان ١٩٧٥ (٢ مايو سنة ١٩٥٦) .

Phares, E. J., (1984) Clinical psychology, Concepts, Methods & Profession. Georgtown, Ontario, The Dorsey Press.

الفصل الرابع

مآل الاضطرابات النفسية

الفصل الرابع

مآل الاضطرابات النفسية

سبق أن أوضحنا أنه يصعب فصل التنبؤ عن كل من التشخيص والعلاج. ويهدف التنبؤ الى تقدير احتمالات تطور المرض أو المشكلة ومدى الاستجابة لعلاج معين. وسوف نناقش تفصيلا فى مواضع تالية عديدة، القيمة التنبؤية لمختلف الأدوات التشخيصية وبخاصة الاختيارات والمقاييس السيكولوجية . ونكتفى فى هذا المقام بأن نناقش عددا من العوامل التى يفيد فحصها فى عملية التنبؤ عن تطور المرض وتقرير نوع العلاج، بالاضافة الى الاختبارات السيكولوجية .

١- الحالة الجسمية :

قد تكون الحالة الجسمية عاملا فى تقرير الحدود التى يمكن أن تصل إليها المحاولات العلاجية. ولذلك ، فان اجراء فحص طبي قد يكون ضروريا لتقرير إمكان وجود أى اضطراب عضوي ومدى ونوع تأثيره فى المرض.

وحتى فى الحالات التي لا تؤثر فيها العوامل العضوية تأثيرا مباشرا فى الحالة العقلية ، فان سوء الحالة الجسمية أو ازمانها قد تشكل عائقا خطيرا فى تقدم العلاج النفسي

٢- بيئة المريض :

قد تكون التعديلات الممكن احداثها فى بيئة المريض من العوامل الهامة التى تحد من تأثير العلاج ، وذلك اذا اضطر المريض للمعيشة فى بيئة لا يشعر فيها بالأمن ، أو اذا لم يكن هناك طريق لتحسين العلاقات العائلية أو الزواج غير الموفق ، أو تذليل الصعوبات المالية ، أو تعذر العثور على عمل مناسب أو تحسين علاقات العمل . وبينما قد يكون من الممكن احداث بعض التغيير فى أولئك الذين يتعين على العميل العيش معهم ، الا أن احداث التغيير فى البيئة كلها يكون عادة أمرا متعذرا. وفى هذه الحالات ، تكون الدلالات التنبؤية سيئة وبخاصة اذا كان لهذه المتغيرات التنبؤية دورها نشأة وتطور المرض أو المشكلة . وقد يتطلب الامر أحيانا تغيير بيئة المريض اذا

سمحت الظروف بذلك . واذا قدر أن يكــون لمثــل هــذا الاجراء تأثير علاجى طيب .

٣- عمر المريض :

وله أهمية فى تقرير امكانيات العلاج . وقد وجد فــى العلاج عن طريق التحليل النفسى الكلاسيكى ، أن المرضى بعد أواخر الأربعين لا يستجيبون استجابة طيبة للعـــلاج ، وذلك لأن الطريقة تتطلب الرجوع الى المـــاضى البعيــد ، وعلى ذلك يتسع مـــدى مـــا يتعيـــن فحصـــه مـــن مـــادة سيكولوجية .

وفى كل طرق العلاج ، يتطلب الأمر تغييرا وتعلمـــا جديدين . وحيث أن الشباب وصغار الراشدين يسهل عليهم احداث التغيير وتعلم الجديد ، فان صغر السن من العوامــل التى تحسن التنبؤ . ولا يعنى ذلك أن كبار السن من الناس يتعذر علاجهم ، ولكنه يعنى فقط أن التنبؤ يكــون أحســن لمن هم أصغر سنا حيث أنهم أكثر قابلية للتغيير ، هــذا اذا تساوت الظروف بالطبع . والاطفال الصغار يتأثرون تــأثرا كبيرا ببيئتهم القريبة وبخاصة البيئة العائلية ، ومن ثـــم ،

فانه فى كثير من الأحيان ، يتعين علاج الطفل والبيئة فى وقت واحد . وقد يتضمن ذلك علاج الوالدين أو نقل الطفل الى بيئة أنسب له .

٤- الذكاء والتعليم :

يجب أن ندخل فى اعتبارنا ذكاء المريض وتعليمه فى تقييمنا لقابليته للعلاج . ولا يعنى ذلك أنه كلما ارتفع الذكاء والمستوى التعليمى ، تحسن التنبؤ . الا أنه بالنظر الى أن الكثير من العلاج يتضمن استخدام اللغة ، فان حدا أدنى من القدرة على استعمال اللغة والاستجابة لها يكون ضروريا . ومن ناحية أخرى ، فان الأشخاص من محدودى الذكاء ، قد يمكن مساعدتهم فى العلاج عن الطريق اظهار العطف والطمأنة . ويمكن القول بعامة ، أنه بقدر ما يكون لدى المريض من أسباب الحياة ودواعيها ، بقدر ما يكون التنبؤ جيدا ، فالصحة الجسمية والقوة والجمال والذكاء ، والتعليم والاستعدادات الخاصة والمركز الاجتماعى والثروة والمهنة والعلاقات العائلية الجيدة . كل هذه على العموم من شأنها تيسير الاستجابة للعلاج . الا أن هذه العوامل

رغم ذلك ، يجب أن تقيم من حيث معناها في نظر المريض ، وهذا المعنى الشخصى هو المهم . وفى كل حالة ، تتفاوت هذه العوامل فى معناها وفى أهميتها بتفاوت حاجات المريض وظروفه .

٥- القابلية للمواءمة :

وهى تتضمن دراسة الطرق التى يجابه المريض بها المواقف الجديدة فى الحياة . ويمكن استقراء درجة هذه القابلية من استقراء تاريخ حياته ، وبخاصة استجابته لمواقف مثل الفطام والخبرات المدرسية الأولى والبلوغ والانتقال الى جيرة جديدة وخبرات العمل الأولى والوفيات فى العائلة والخبرات الجنسية والزواج ، الخ.. وعن طريق هذه الدراسة يمكن تقييم قدرة الأنا على التكامل .

٦- ظروف الاضطراب :

اذا تركز الصراع الذى يواجهه الفرد فى مجال واحد ، فان فرصته للاستفادة من العلاج تكون أحسن من الفرصة المتاحة لغيره . كما أنه من المهم معرفة الظروف التى نشأ فيها الاضطراب ومداه ودرجه التكيف الناجح فى أوقات

الصحة . فمثلا ، اذا كانت ظروف الشخص مناسبة ، وكان تكيفه رغم ذلك ضعيفا ، فان التنبؤ لن يكــــون مشـــجعا . وكذلك فان المريض الذى يبدأ اضطرابه فى مرحلة مبكرة ، ويلازمه هذا الاضطراب بصورة مستمرة ،يغلب أن تتكـون لديه عادات وأساليب استجابية يصعــــب تغييرهـــا . كمـــا يصعب تعليم المريض نفسه أساليب جديدة

ويشير استمرار الاضطراب الى أن دوافعه قوية ، وهـــــذه علامات تنبؤية سيئة.

٧- قوة الدوافع الى طلب العلاج :

يكون التنبؤ أحسن فى حالة المريض الـــذى يتوفـــر لديه دوافع قوى لتحسين حالته ، فينشد العلاج بنفسه بـدلا من أن يدفع الى ذلك دفعا . وبالمثل ، فان الاستعداد والعزم على التضحية للحصول على العلاج ، يكون علامة تنبؤيـــة طيبة .

٨- تأثير الأعراض :

وهو تأثير يمتد الى كل من الدافع عند المريض الـــى العلاج والى فرص النجاح أمام المعالج . فمثلا ، اذا تلقـــى

المريض بالشلل الهستيرى تعويضا ماليا عن مرضه ، فقد يقل عنده الدافع للعلاج .

هذه العوامل السابقة والتى يمكن ان نعرف الكثير عنها من بيانات دراسة الحالة ونتائج الفحوص الطبية ، يتعين النظر اليها فى تفاعلها معا وفى ضوء نتائج الفحوص السيكولوجية . ولنوضح لذلك بمثال من حالة طفل فصامى . يتعين دراسة بيئة الطفل بعناية لتقرير ما اذا كانت مصلحته تتطلب بقاءه فى المنزل مع عائلته أم تتطلب ايداعه فى مكان آخر مثل مستشفى متخصص للأطفال ، أو لدى عائلة بديلة مع تلقى العلاج الخارجى المناسب من معالج مؤهل للعمل مع الأطفال المرضى ، كما أنه من الضرورى توجيه الوالدين أو الوالدين البديلين حتى يمكنهما التعاون فى تنفيذ الخطة العلاجية . ويختلف نوع العلاج وتواتر الزيارات للمريض الى غير ذلك من عوامل فى حالة الطفل الذهانى عن الطفل غير الذهانى ، ولذلك ، فان موضوع التشخيص الفارق يكتسب أهمية فائقة فى الحالات الذهانية ، وبخاصة فى الحالات

الغامضة ، وهى الحالات التى يمكن أن يسهم فيها اختبار الرورشاك مثلا ، فى الكشف عن ديناميانها ، وتحديد ما اذا كانت هناك دلائل على وجود عمليات فصامية أو عدم وجودها ، وليس يقصد تصنيف الطفل الى فصامى أو غير فصامى . ولكن بقصد تحديد نقاط القوة والضعف فى بنيان ووظائف شخصيته وبقصد تقويم التقدم العلاجى وتقرير موعد انهائه ..

دراسات فى التنبؤ الاكلينيكى :

أراد ساربين أن يقيم القدرة التنبؤية لبيانات الحالة وذلك عن طريق المقارنة بينها وبين الاختبارات التشخيصية ، فوجد فى الموقف المعين الذى أجريت فيه الدراسة ، أن بيانات الحالة لم تضف شيئا الى ما أمكن الحصول عليه من الاختبارات السيكولوجية . ولكن بالنظر الى أن مهارة الاكلينيكى تختلف من شخص لآخر ، وبالنظر الى أن الصدق التنبؤى يختلف من اختبار لآخر ، فأنه يصلب التعميم من هذه النتيجة الى كل المواقف ، هذا فضلا عن أن الاكلينيكى يوجه اهتمامه الى احداث التغيير ،

وليس الى مجرد التنبؤ . ومن المتوقع أن تختلف الأهمية النسبية لكل من بيانـــات الحالـــة والاختبـــارات بـــاختلاف الموقف المعين . فقد تزداد أهمية الأخيرة مثلا فلا حـــالات التوجيه التعليمى والمهنى عنها فى غيرهما من الحـــالات . والخلاصة ، أن التنبؤ يصعب القيام به الا فى ضوء النظرة الشاملة للشخصية ، وأن كل نوع من البيانات لـــه قيمتـــه التنبؤية التى تتفاوت أهميتها النسبية بتفاوت الموقف ..

وقد قال ميل فى دراسة مشهورة لـــه بيـــن التنبـــؤ الاكلينيكى والتنبؤ الاحصائى ، وهو لا يثق فى النوع الأول من التنبؤ ، ويفضل أن يقضى الاكلينيكى وقته فى ممارسة العلاج النفسى بدلا من قصانه فى محاولة التوصيـــل الـــى صياغة دينامية لشخصية عمليـــة علـــى أســـاس نتـــائج الاختبارات . وهو يزعم أن التنبؤ الاحصائى الآلى يمكن أن يؤدى بصورة أصدق من التنبؤ الاكلينيكـــى الـــى النتيجـــة المرجوة . ويعترض كثيرون ومنهم م . كان على النتـــائج التى توصل إليها ميل ، وذلك علـــى أســـاس أن الأحكـــام الأكلينيكية لا يمكن أن تكون صادقة أو إذا كانت فـــإذا لـــم

يكن " الفصام " مثلا كيانا تشخيصيا صادقا ، أو إذا كانت مختلفة المؤشرات الاكلينيكية لا ترتبط ارتباطا صادقا بالاضطراب المعين إذا كان ثمة وجود لهذا الاضطراب ، فإن الأحكام الاكلينيكية المؤسسة عليها تكون بدورها غير صادقة . وثمة نقطة هامة جديرة بالتأمل ، وهى أنه تتجمع أدلة متزايدة على أن الأحكام التى يصدرها من يسمون بالاكلينيكيين من مختلف الفئات ، لا تتفوق فى صدقها على ما يمكن الحصول عليه من التنبؤ بالصدفة . وقد أسفرت البحوث الموضوعية عن أن عددا قليلا من الاكلينيكيين تصدر عنهم تنبؤات صادقة . ولذلك فأن البحوث التى تقوم على أساس عينة عامة من مستويات المهارات المختلفة من الاكلينيكيين تؤدى إلى مثل هذه النتائج السابقة ، وذلك لأن التنبؤات التى تصدر عن المستويات العالية تتعادل مع تلك التى تصدر عن المستويات المنخفضة والاختبار الحقيقى لمزاعم ميل هى فى مقارنة أحكام أحسن الاكلينيكيين بأحكام أحسن الأساليب الاحصائية . وسوف يثبت ذلك فى تقدير ثورن أن الاكلينيكى الماهر يتفوق فى

أحكامه على أى أسلوب اخصائى ، وذلك لأنه يمثل حكمـــا فريدا على أحداث فريدة والتنبؤ الاكلينيكى يتعين أن يقتصر على المحكات المناسبة فى اطار دراسة الشخصية الفرديـــة عن طريق الملاحظة المنظمـــة ومنـــها القـــدرات العامـــة والاستعدادات وأنماط التوافق والتعامل مع مختلف المواقف والدوافع والوجدانات وكذلك العوامل الوراثيـــة المرتبطـــة بالاتيولوجية الفريدة للفرد موضوع الدراسة . وفـــى هـــذا الاطار يكون من الخطأ فى تقدير م. كان الاســـتعانة مثـــلا بمحك "النجاح فى التدريب على الطيران " وقد كان واحـــدا من المحكات التى استعان بها ميل فى التوصل إلى نتـــائج . وحتى الأحداث السلوكية مثـــل الانتحـــار ، أو الاســـتجابة للعلاج ، قد تتدخل فى تحديدها متغيرات خارجة عن نطـــاق الشخصية تؤثر فى سلوك المحـــك . فمثـــلا ، قـــد يتـــأثر الانتحار بعوامل خارجية مثل مقدار الإشراف الذي يطبـــق على المريض ، ونوع الاحباطات الموقفية التى يواجهـــها والظروف الاجتماعية والاقتصادية وتوفر وكفاءة العـــلاج النفسى ، الخ .. وقد يستطيع الاكلينيكى على أساس معرفة

شخصية المريض القيام بتنبؤ عن احتمالات انتحار فـــرد معين ولكن العوامل البيؤية يتعين أخذها بعين الاعتبار وفى الحالات التى لا يختلف فيها الأفراد كثيرا من حيث تـــأثير المتغيرات البيئوية أو فى الحالات التى يكون فيها المحـــك متحررا من تأثير هذا التباين ، يكون التنبؤ عـــن طريـــق معرفة تفرد الحالة أصدق من التنبؤ الاحصائى فى ضـــوء الفرد عن طريق معرفة تفرد الحالة أصـــدق مـــن التنبـــؤ الاحصائى فى ضوء الفرد المتوسط ومن هذه الزاوية فـــأن التنبؤ الاكلينيكى السليم يمكن القيـــام بـــه فقـــط بالنســـبة للاستجابات السلوكية لمواقف منبهة محددة تحديدا واضحا وغالبا ما يكون هذا التنبـــؤ فـــى اطـــار صـــدق المركـــب ويرى م.كان أن العمل الاكلينيكى ليس هو التنبؤ بدقة عـــن الاستجابة الكلية للمواقف البيؤية المعقدة ولكنـــه يتصـــل أساس بنشاطين مرتبطين هما التشخيص والعـــلاج وذلـــك بهدف تغيير السلوك فى اتجاه الأداء الأكثر فعالية ، ســـواء تضمن ذلك مراجعة لمركبات الشخصية أو تقبلا للـــذات ، الخ ..

ويستشف فريق من الاكلينيكيين خطرا كبـــيرا فـــى طرح الاختبارات السيكولوجية جانبا فى التنبؤ الاكلينيكـى ، لأن ذلك سوف يرجع بعلم النفس الإكلينيكي في تقديرهـــم إلى منهج "المحاولة والخطأ " فى تناول كل حالة والمطلوب هو تسخير نتائج الاختبارات للاجابة عن الســـؤال الـــهام وهو"من الذى سوف يفيد من أى نوع من العلاج ، وتحـــت أى الظروف وبأى ثمن ؟ ولا يكفى لهذا الغرض الاعتمـــاد على الدلالة الاحصائية للفروق بين مجموعــــة اكلينيكيـــة ومجموعة سوية فى الأداء على الاختيار إذ أنه من الممكن باستخدام عينات كبيرة فى البحث الحصول على فـــرق دال ولو أنه صغير بين متوسط أداء المجموعتيـــن ولا يحـــق للاكلينيكى ازاء هذا التداخل الكبير بين أداء المجموعتيـــن التشخيص على أساس الاختبار فقـــط والأفضـــل أن يقيـــم الاختبار على أساس النسبة المئوية للصواب فى التشخيص والنسبة المئوية للخطأ فى التشخيص .

والخلاصة تمثل مشكلة التنبؤ ميدانـــا يـــزداد فيـــه الاعتماد على جهود الاخصائى النفسى الاكلينيكى وهو فـــى

هذا المجال يعتمد على حسة الاكلينيكى المدرب وعلى تقييمة لقوة الأنا وعلى عدد من المؤشرات التى تعينه فى اطار النظرية التى يهتدى بها فى تحديده الصفحة النفسية التى يتنبأ بأن صاحبها قابل لعلاج نفسى من نوع معين . فمثلا قد ينصح بعدم جودى العلاج التحليلى فى الحالات التى تبرز فى استجابتها للأسباب الاسقاطية العملية الأولية أو الأنواع البدائية من التفكير . وعلى العكس فأن غالية الاكلينيكيين يفترضون أن الكبت الشديد ، كما يتمثل فى نتائج الاختبارات يشير إلى أنواع العلاج التى تستخدم فيها الأساليب الكاشفة .

وكذلك فأن الكثير من الاضطرابات الذهانية يصعب علاجه على أساس إمكانياتنا الحالية . والمصابون باضطراب الخلق التى تتسم بميكانيزمات التفعيل (التنفيس عن النزعات الاعتدائية بالتنفيذ) والتبرير والاسقاط يسهل فهم حالاتهم ولكن يصعب تكوين علاقات علاجية معهم أما حالات القلق العصابى فأنها تستجيب غالبا للعلاج .

ولكن يستطيع الاخصائى النفسى الاكلينيكى أن يقوم بدوره فى التشخيص والتنبؤ بفعالية ، فأن يتعين أن يكـون واعيا بديناميات شخصيته واحتمالات انعكاساتها في تطبيقه للطريقة الاكلينيكة . ومن المفيد أن يكون قد خضع لتحليـل شخصى أو لنوع من كسب البصر بالذات .

الفصل الخامس

تصنيف الاضطرابات النفسية

الفصل الخامس

تصنيف الاضطرابات النفسية

CLASSIFICATION

Adams, S.H., and Harber, J. D., (1984) The classification of abnormal behavior, An over view in comprehensive handbook of psychopathology, Adams, S.H., (Eds.), New York, Pelnum Press, p1-25.

يعـد تـبادل الـرأي والأفكـار والرسائل أحد طرق الاتصال، حيث يقوم الفرد في كل يوم من أيام حياته بإجراء عـدد مـن الحـوارات تشـتمل على الاتصال اللفظي وغير اللفظـي، وعلـى المسـتوى الجمعـي يقوم الأفراد باختيار وتصـنيف مجموعـة من الكلمات أو الجمل واستخدامها في توجـيه سـلوكهم . حيـث أن الكلمـات عبارة عن معاني للمثـيرات الواقعة في البيئة المحيطة بالأفراد قد تم اختزالها فـي عـدد مـن المقـاطع الصوتية أو في عدد من الرموز المكـتوبة أو المطبوعة أو في عدد من الإشارات الاتصالية (Daves,1970) وبمـرور الزمـن تعقدت المثيرات وازدادت المعاني وكان على بني البشر القيام بتوسيع قدراتهم لإدخال أكـبر قـدر ممكن من هذه المثيرات لمدركاتهم ، ولقد تحقق

ذلـــك من خلال الاستعانة بتصنيف الأحداث ووضع المثيرات فـــي عـــدد من الفئات بطريقة تسمح للأفراد القيام بتخزينها واسترجاعها وتشغيلها بصورة منظمة.

وكمـــا هـــو الحال بالنسبة للأفراد العاديين يجب على العلمـــاء والمتخصصين في مجال ما من المجالات العلمية أن يتواصلوا فيما بينهم باستخدام معاني ورموز منظمة بصورة عالمـــية عـــن طريق الاستعانة بعدد من التصنيفات والفئات التـــي تعطي معاني للمفاهيم والمصطلحات اللغوية، كما يجب أن يكـــون لكل مجال من المجالات العلمية لغة اتصال خاصة تســـاعد مـــن يعمـــل فيه على أن يتواصل مع زملائه الذين يعملـــون معه في نفس المجال في أي مكان في العالم، وأن تكـــون هـــذه اللغـــة أكثر دقة ومحددة إجرائياً عند مقارنتها باللغـــة المســـتخدمة من قبل الأفراد العاديين، وترجع أهمية الأنظمـــة التصـــنيفية إلـــي أنها تعمل على تنظيم المعلومات والبيانات الجزئية داخل المجال العلمي بصورة يتم من خلالها اســـتخلاص القوانين والنظريات التي تفسر الظواهر العلمية المختلفة ومن ثم فإن وضع أي نظام تصنيفي وتطويره يؤدي إلي تطور العلم (Adams, 1981).

ولقـــد تم وضع عدد من الأنظمة التصنيفية في مجال

علم النفس وبصفة خاصة في مجال السلوك الشاذ، وأحدث هــذه التصــنيفات قــد اعتمد على النموذج التصنيفي الطبي نتيجة للافتراض القائل بأن السلوك المضطرب يعد شكلاً من أشــكال الاضــطرابات العضوية الأخرى التي تتميز بعدد من الأعــراض المحــددة التي ترتبط فيما بينها لتشكل عدد من زملات الأعراض الإكلينيكية.

ويعــرف التشــخيص Diagnosis في المجال الطبي علــى أنه العملية التي يتم من خلالها تحديد أعراض مرض معيــن من خلال اعتماده على عدد من المخططات التقسيمية Taxonomic Schemes أو الأنظمــة التصــنيفية الشــاملة Comprehensive classification system ، وعلــى نحــو مشــابه يوجــد عدد من المخططات التصنيفية للسلوك الشاذ التــي تــم وضعها بناء على مجموعة من المفاهيم المرتبطة بهذا السلوك كما هو الحال في نظرية السمات (Mclemore & Benjamin,1979) وفــــي الـــــنظرية الســـــلوكية (Bandura,1968) . إلا أن تحديــد السلوك الملاحظ استنادا إلــي مجموعــة مــن الأفكار النظرية قد يؤدي إلي كثير من الخلــط والانشغال بتحديد أي من المداخل النظرية أفضل من غيرها في التعرف هذا السلوك وتفسيره ، وهذا من شأنه أن

يـؤدي إلــي إعاقــة وضـــع وتطوير نظام تصنيفي ملائم للاضــطرابات النفســية كمــا يــؤدي إلــي التحــيز وعدم الموضــوعية نتيجة لتبني أحد المداخل النظرية علي حساب المداخــل الأخرى، ويرى (آدمز ودوستر وكالهون ,Adams Doster & (Calhoun,1977 أن الأنظمة التصنيفية يجب أن تــتم بــناء على الملاحظات المباشرة والتجريبية التي تحقق صدق الفروض وتؤدي إلي وضع القوانين والنظريات العلمية المجردة المرتبطة بالواقع، ولكن للأسف يعتمد النظام السائد فــي مجــال الاضــطرابات النفســية على وضع العربة قبل الحصان .

أن الهــدف الرئيسي من النظام التصنيفي للسلوك هو وضـــع الفــرد أو الاستجابات الصادرة عنه في فئات نوعية محــددة تســمح لنا بإطلاق مسميات أو مفاهيم معينة عليه فــنقول هذا الشخص فصامي، وذاك هستيري ...الخ، وهذه المســميات أو المفاهــيم تعــتمد علــى مــدى انــتماء هذه الاســتجابات للفــئة النوعــية من السلوك، ومن ثم يشتمل التصــنيف علــى معلومات مميزه للفرد أو للسلوك الصادر عــنه، كمــا أنه يجعلنا نتنبأ بالسلوك وخصائصه وبالتفاعل الاجتماعي للفرد وبمدى استجابته للعلاج المقدم له Quay)

(& Werry,1979) . وعلـــى الرغم من ذلك هناك عدد من الانـــتقادات الموجهة إلي التصنيف وبصفة خاصة ذلك النوع المـــتعلق بتشـــخيص الســـلوك المضـــطرب مـــن قبل بعض الإكلينيكييـــن والأطـــباء النفســـيين، حيـــث يـــرى روجررز (Rogers,1951) أن محاولـــة وضـــع الأفـــراد في عدد من الفـــئات وإطلاق مجموعة من المسميات عليهم يعد أمراً غير طبيعـــياً وغـــير مفيداً ومشكوك فيه وذلك لأن السلوك سواء كان سوياً أو غير سوي ما هو إلا طرقاً محددة لإدراك وتقبل الظواهـــر المحـــيطة بالفرد، حيث أن الفرد وحده هو القادر علـــى معـــرفة الديناميات الكاملة لمدركاته وسلوكه الخاص، كما يرى روجرز أن التشخيص التصنيفي للفرد لا يساهم في زيادة المعرفة بالشخص المضطرب أو في علاجه لأنه يخلق نـــوع مـــن الـــتعارض بين المريض والإكلينيكي، كما أنه قد يـــؤدي إلـــي تشويه طبيعة الشخص، كما يوجد انتقاداً آخر للتصـــنيف مؤداه " أن كل فرد وما يصدر عنه من استجابات يعـــد نمطاً فريداً مميزاً عن غيره من الأفراد " ومن ثم يكون تصنيف الأشخاص شيئاً عديم المعني.

وعلـــى الـــرغم من هذه الانتقادات، فإن معظم العلوم تبحث عن العناصر الشائعة للأحداث والظواهر التي تقع في

نطاقهــا بهــدف تنظــيمها واختزالها في عدد من المفاهيم الإجرائــية، وعلــم الــنفس لا يعــد حالة استثنائية من هذه القــاعدة (Adams et, al.,1977) . وتعــتمد المخططــات التصــنيفية علـــى الاستجابات الشائعة بين الأفراد، ومن ثم فهـــي لا تــأخذ في اعتبارها الاستجابات الفردية التي تصدر عــن الشــخص، (حيــث أن غــياب العناصر المشتركة أو الشــائعة للأنمــاط السلوكية قد لا يؤدي إلي تحقيق الأهداف المرجوة من التصنيف) وبالتالي فهو يساعد في التوصل إلي تحديــد الاســتجابات غير المتوافقة في عدد من الفئات التي يمكن الاستعانة بها مستقبلاً لتحديد الطرق العلاجية الملائمة، وهــذا مــا يحــدث فـــي المجال الطبي، حيث يقوم الأطباء المتخصصين في الأمراض القلبية على سبيل المثال بتصنيف الأفــراد المصابون باضطرابات متنوعة في القلب من خلال نــوع المرض ومدى شيوعه استناداً على شكوى المريض، ومن الناحية العملية يؤخذ تفرد المريض وخصائصه المميزة بعيــن الاعتبار حتى يتم شفاؤه أو حتى يتم إزالة الاستجابات غــير التوافقية لديه. إلا أن الحكم على مدى كفاءة التصنيف يظــل مــرهوناً بمــدى ملاءمته في فهم الاستجابات والتنبؤ بحدوثها والتحكم فيها، وخلاصة القول فإن الهدف الأساسي

للتصـــنيف هـــو التوصـــل إلي وضع مجموعة من المفاهيم تـــؤدي إلي تسهيل عملية التواصل بين العلماء، وأيضاً بين الإكلينيكيين بهدف تطوير عملية البحث العلمي، وتقديم أفضل الوســـائل العلاجية. ولا يقوم التصنيف خلال مراحله الأولي بتفسير الظاهرة ولكنه يقوم بوصفها وتحديدها فقط (Adams et, al.,1977)، ومـــن الناحـــية التاريخية اشتملت محاولات التصنيف في مجال السلوك الشاذ على ملاحظات الإكلينيكيين أثـــناء عملهم اليومي مع الأفراد الذين يصدر عنهم مثل هذا السلوك، وهذا قد أدي إلي وضع عدد من المعالجات الفورية تتـــيح الفحـــص المـــنظم، ولـــق تم تجميع هذه الملاحظات الإكلينيكـــية بصـــورة مـــنظمة بحيـــث تم وضع الخصائص المتشـــابهة مـــع بعضـــها وإطلاق عدد من المصطلحات أو المفاهـــيم ذات معنـــي علـــيها، وتم الاستعانة بهذه المفاهيم كمعايـــير تشخيصية للاضطرابات النفسية بعد أن تم التحقق مـــن صـــدقها بدرجـــة مقـــبولة خـــلال الجلسات الإكلينيكية المتتالـــية، ثم أصبحت هذه المفاهيم رموزاً للنظم التصنيفية الحالية (Quay & Werry,1979)

وخـــلال هـــذا الفصـــل سوف نلقي نظرة على قواعد التصنيف للسلوك المرضي والسلوك المعياري normative

behavior ، وعلاقة القياس بالتصنيف، ونماذج التصنيف الحالية وتقييمها، وأنواع الأنظمة التصنيفية المستخدمة في علم النفس المرضي.

إن الفهم العلمي، بمنظور واسع، هو القدرة علي الوصف الدقيق للعلاقات الوظيفية بين الموجودلت أو الأحداث. والقدرة علي وضع جزء من هذه الأحداث أو الموجودات في علاقات متبادلة مع بعضها البعض ووصف خصائصها بعدد من المفاهيم تؤدي إلي ملاحظة الظاهرة كبادرة لفهم العلاقات القائمة بين جوانبها.

وفي علم النفس الشواذ، تكون الموجودات (الاضطرابات) التي بحاجة للفهم خلال عدد من المفاهيم المتعلقة بأسبابها واستجابة الأشخاص للأشكال المختلفة من العلاج ومآل اضطراباتهم، وليس من السهل وصف مثل هذا ، نظراً للطبيعة الدينامية المعقدة (وخاصةً بالنسبة للأطفال) للسلوك الإنساني كما أن الملاحظة العشوائية للسلوك قد تساهم بدرجة كبيرة في تعقيد وصف (وقياس) تلك الاضطرابات التي تشكل العناصر الأساسية لعلم النفس المرضي للطفل science of childhood psychopathology وعلاوة على ذلك، فإن الحاجة لتصنيف الاضطرابات وأيضا

تطويـــر تصـــنيف للأطفـــال قـــد لاقـــي هجوم فمن الناحية التاريخـــية كـــان هـــناك اتفاقا قليلا حول تعريف الاضطراب واتفاقـــاً أقـــل على مدي أهمية تشخيصها، حيث أن المنفعة المـــرجوة من هذا الموضوع ككل مشكوك فيها أحياناً علي اعتـــبار أنـــه لا يوجـــد اضطراب حقيقي بين الأطفال. ولكن لوحـــظ، على أية حال، مؤشر على انبعاث الاهتمام بتصنيف الأمـــراض النفسية لدي كل من البالغين والأطفال خلال العقد الماضي والإدراك المتزايد للحاجة لتصنيف الاضطرابات.

ولقـــد عـــدد بلاشفيلد Blashfield (1984) الأغراض التالية لنظام التصنيف الجيد :

(١) يعـــد التصـــنيف ضرورياً لإحداث التواصل بين الأفراد الذين يعملون في نفس المجال وذلك عن طريق وضع عـــدد مـــن المفاهـــيم الأساســـية التـــي تصف الاضطرابات المتنوعة.

(٢) أنـــه يؤدي إلي وضع قاعدة لوصف واسترجاع المعلومات، حيث أن التعرف على اضطراب معين يعاني منه الطفـــل لا يتم إلا من خلال التعرف على الأعراض المحتملة لهذا الاضطراب، ومآله، ومن ثم اختيار أفضل طريقة لعلاجه

ومــن ثم تنحصر أهمية التصنيف في أنه يجعلنا نلاحظ مثل هــذا الطفــل فقــط ، وعلــى أية حال، فإن تلك الملاحظات والمعلومــات المســترجعة عــادة ما تكون أقل من الصورة المثالــية تقريــباً فــي كــل مــن الكمية والنوعية المرتبطة بالاضطراب النفسي.

(٣) أن نظــام التصــنيف الجــيد قد يمدنا بعدد من القواعد التي تؤدي إلي عدد من التنبؤات. حيث أن معرفة ما إذا كــان الطفــل يعاني من اضطراب محدد قد يمكننا من أن نــتوقع بأنــه يعاني من مظاهر سلوكية أخرى مصاحبة، لا يمكــن ملاحظــتها، أو قــد تؤدي إلي ظهور بعض الأشكال السـلوكية الأخرى مستقبلاً. ومرة أخري، نلاحظ أن قدرتنا علــى التنــبؤ قــد تخفــق نتيجة عدم اكتمال تصنيف معظم اضطرابات الطفولة والمراهقة.

(٤) أخــيراً، ومن خلال وجهة نظرنا فإن أهم ميزة للــنظام التصــنيفي تكمن في أنه يزودنا بالمفاهيم الأساسية لتشــكيل النظرية التي تتناول الأسباب التي تؤدي إلي حدوث الأمراض، ومآلها وتشخيصاتها ، والاستجابة للعلاج. كما لا يمكن أن نبحث الاضطرابات مادمنا غير قادرين علي وصف وتصــنيف اضطراب عن الاضطرابات الأخرى. وكما لاحظنا

مــن قبل، لا يمكن أن نصل إلى الفهم العلمي لأي اضطراب نــوع ما لم نقم بوصفه بدقة وتحديد ما إذا كان يختلف عن الاضطرابات الأخرى.

تاريخــياً، هــناك وجهتــي نظر متعارضتين بالنسبة لتصنيف الاضطرابات السيكوباثولوجية هما: الرتب class أو الــنموذج الفئوي categorical model " وهذا التصنيف يعد شائعاً في مجال علم الأمراض سواء كان الاضطراب موجود أو غــير موجــود؛ كمــا أنــه لا يتغــير في الكمية، ومعظم الأعراض، أو تقريباً كلها، يجب أن تكون حاضرة قبل اعتبار وجــود الاضطراب نفسه. ووجهة النظر هذه قد تحمل أيضا أن هــذه الاضــطرابات قد تحدث بشكل متبادل؛ فالشخص لا يمكــن أن يكون ذهاني وعصابي في نفس الوقت. من ناحية أخــرى، هــناك "النموذج الكمي" ''quantitative model'' الذي يصنف الاضطراب بوجود عدد من الأعراض تعبر عن شدة المرض هذا النموذج يفترض أن الأعراض تشكل بعد أو متصــل كمي للاضطراب وكل الأفراد يأخذون مكاناً على هذا البعد،ومن ثم فإن كل الأشخاص لديهم درجة من الاضطراب قــد تكــون قلــيلة أو كبيرة. ومن ثم فإن النموذج الكمي أو الإبعــادي يعــترف أيضــاً بأنه علي الرغم ، من أن الأبعاد

الأساسية تابعة، إلا أن الفرد قد يكون لديه الخصائص، في نفس الوقت، بدرجة أكبر أو أقل، لأكثر من اضطراب. (بلاشفيليد Blashfieled,1984 لور، Lorr, 1961)

معيار تقييم نظام التصنيف

إن الدرجة التي يقدمها نظام التصنيف، أو التقسيم taxonomic للشذوذ السلوكي كمجرد خدمة تلك الأغراض فقط يعد وظيفة لمدى الرضى عن المعيار من قبل أي نظام تصنيفي يجب تقييم السلوك

وأول وأهم تلك الخصائص تلك التي تري بأنه يجب وصف وتحديد الفئات أو المتصل بوضوح وبشكل إجرائي. ومن ثم يتضح أن هذه الخصائص يجب أن تعبر عن نفسها في عدد من الخصائص العنقودية المتباينة ، كما يجب ملاحظتها بانتظام في واحد أو أكثر من المواقف بطريقة أو بأكثر من طرق الملاحظة وبدون التعريف الموضوعي لتلك الخصائص التي تحدد النمط وبدون الإيضاحات التجريبية التي عادتاً ما تحدث من خلال تجمع أحد الأعراض مع غيره فسوف يحدث خلل في النظام وبالتالي فإنه سوف يخفق في تفسير كثير من الأعراض المتبقية.والمطلب المهم الآخر

يتمـــثل فـــي الثـــبات. حيـــث يجب علي الفرد القائم بعملية التصـــنيف أو الذي يقوم بوضع إيضاحات متصلة من التأكد بـــأن هـــناك اتفـــاق معقول بين الطرق المختلفة التي تقيس الاضـــطراب أو بيـــن الإكلينيكيـــن الذيـــن يلاحظون الفرد المضطرب في نفس الوقت المحدد. كما يجب عليه التأكد من أن رتـــبة التصـــنيف أو الموقع النسبي على البعد التصنيفي ثابـــتة خـــلال فترات زمنية معقولة. وحيث أن الثبات يتوقف علي الحدود القصوى للصدق، إلا أن الأسئلة التي تدور حول الثبات تكون حرجة بدرجة متطرفة لأي نظام تصنيفي.

وهـــناك معـــيار مهم إضافي وهو الصدق. ويعد هذا المفهـــوم مـــن المفاهيم المعقدة التي يمكن قياسها بعدد من الطـــرق المخـــتلفة،على أقل تقدير، من خلال تمييز الأنماط المختلفة عن بعضها مع وجود عدد من الارتباطات الواضحة بيـــن هـــذه الأنمـــاط والمتغيرات التي تعرفها بشكل مبدئي. ويمكـــن تحديـــد الصدق بشكل نهائي من خلال مدى ملاءمة الـــنظام التصنيفي لخدمة عدد من الوظائف كوضع المسميات التعريفية، واسترجاع المعلومات، والوصف، والتنبؤ، والبناء الـــنظري.وهـــناك ثلاثة معايير أخرى – على الرغم من أنها ليســـت حاسمة بدرجة جيدة – لابد من أخذها بعين الاعتبار

هـــي: التكاملية Completeness وهي من العوامل الهامة ، حيــث يجــب إلا يسبب النظام الذي يصف اضطرابات الطفل النفســية نوعــاً مــن الحرج عند وصفه لحدوث الاضطراب بصــورة واضحة لدي الأطفال الذين لا يظهر عليهم الأنماط المرضية بشكل ملائم وفي نفس الوقت فإن عدم المبالغة في وصــف الاضــطراب مطلــوب إلي حد ما حيث أن التكاملية النهائــية قد يكون مكانها في النظام الذي يحتوي على عدد مــن المجموعات الفرعية الذي يطلق علية نظام العلامة أو الخاصــية الوحــيدة، أما أفضل أنواع الأنظمة التصنيفية تلك التــي لا تحتوي على أكثر من مجموعة فرعية والتي تكون بحاجة ماسة للصدق والثبات .

وأخــيراً بقدر الإمكان يجب أن تكون الأنماط متبادلة بشكل خاص وبصورة نموذجية يجب أن ترتبط الحالات بفئة واحــدة فقــط . ولكن نتيجة لطبيعة السلوك البشري المعقدة فــإن ذلك قد يؤدي في بعض الأحيان وقوع الفرد في حيرة نتيجة وضع الفرد في واحد من المجموعات الفرعية فقط مع وجــود عدد من الدلائل المتعددة التي تقلل من درجة وضوح الأعــراض مــثل هذا التصنيف بحاجة إلي مزيد من التعديل بشكل مبدأي.

أنظمة التصنيف الإكلينيكية Clinically Derived Classification Systems

تاريخـــاً، طـــورت الأصـــناف التشخيصـــية من خلال الملاحظـــات الإكلينيكـــية للأفراد المضطربين وبمرور الأيام ازدادت الحاجة للتنظيم المنهجي للأعراض التي تحدث بشكل متزامـــن. ومن ثم كان على الإكلينيكي ملاحظة أي من بعض خصـــائص الظواهـــر يحـــدث بشـــكل منتظم وبشكل إجرائي " تجـــريد هذه الخصائص " كما هو الحال بالنسبة للمحددات التشخيصـــية. هـــذه الشخصيات المتعددة لابد أن يتوافر لها درجـــة مـــن الصـــدق التلازمـــي ، ومن ناحية أخري يجب تحديدهـــا إكلينيكياً، وتصنيفها بعد ذلك داخل نظام تصنيفي. ومـــن أكـــثر الصعوبات التي تواجه تطوير النظام التصنيفي الإكلينيكـــي هـــي الصياغات الفرضية الجوهرية، ومثل هذه الأنظمة التي تحتوي على الصياغات الفرضية قد تم وضعها بـــناء على الترجمة المباشرة للفروض المقبولة من الناحية العقائديـــة . وعادة ما تكون هذه الصياغات تسلطية، وليست عقلانية.

الدليل التشخيصي الإحصائي الطبعة الثالثة DSM-III

يعد الدليل التشخيصي الإحصائي الطبعة الثالثة the Diagnostic and statistical Manual, third edition (DSM-III) من أوسع الأنظمة التصنيفية للاضطرابات النفسية المستخدمة في أمريكا الشمالية وهو صادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية.حيث يتم الاعتماد عليه في كتابة التقارير عن الاضطرابات النفسية للهيئات الحكومية ، وفي تصنيف الاضطرابات العقلية خلال عدد من التقارير الرسمية، وفي عدد من الأغراض الأخرى كالعلاج وإجراء البحوث على الاضطرابات النفسية، كما أنه يمدنا بالوصف الدقيق للمعايير التشخيصية لزملات الأعراض الكبرى (المحور ١) ، وزملات الأعراض الصغرى (المحور ٢) – الذي يشتمل على اضطرابات الشخصية والاضطرابات النوعية النمائية – كما أنه يمدنا بمعلومات عن الاضطرابات الجسمية المصاحبة للاضطراب النفسي (المحور ٣) والضغوط الناتجة عن الاضطراب (المحور ٤) وكفاءة الوظائف في مرحلة ما قبل حدوث الاضطراب (المحور ٥) . وسوف نركز على تصنيف الاضطرابات النفسية التي تحدث في مرحلة كمثال على كيفية قيام الدليل التشخصي الإكلينيكي

- الطبعة الثالثة - (DSM III) بتصنيف هذه الاضطرابات ، وبداية يعد تحليل الجزء الخاص بالاضطرابات التي تحدث في مـــرحلة الطفولـــة والمراهقة الواردة في الدليل التشخيصي الإكلينيكـــي أمر معقد لاعتقاد كثير من الباحثين بأن كثير من المعايـــير التشخيصية يمكن استخدامها في تشخيص الأطفال والمراهقين، فعلي سبيل المثال يتم استخدام معايير تشخيص الاكتـــئاب لـــدي الراشـــدين فـــي تشخيص اكتئاب الأطفال . والجـــدول التالي يوضح الاضطرابات الرئيسية مع مظاهرها الجســـمية كمـــا يمدنـــا بقائمـــة مختصـــرة عن الخصائص المرتبطة .

جدول رقم (١)

الفـــئات التشخيصية الكبرى للمحور الأول من الدليل التشخيصي الإكلينيكي – الطبعة الثالثة – (DSM III) والتي تحدث في مرحلة الطفولة مع مظاهرها الجسمية والخصائص المرتبطة بها.

اضطراب عجز الانتباه
اضـــطراب عجـــز الانتباه مع النشاط الزائد
عدم النمو الملائم لعملية الانتباه مع الاندفاعية والنشاط الزائد
اضطراب عجز الانتباه بدون النشاط الزائد
عـــدم اكـــتمال الـــنمو الـــلازم لعملة الانتباه ، والاندفاعية مع التحكم في الحركات الجسمية الكبرى.
الاضطراب السلوكي
الاضـــطراب الســـلوكي مـــع الســـلوك غـــير الاجتماعي، والعدوانية
العـــنف الجسدي، والهروب من المنزل ، والفشل في تنمية الروابط الاجتماعية السوية الفعالة .

الاضــطراب الســلوكي مــع السلوك الاجتماعي
والعدوانية.

العــدوان الجســدي والسرقة من خارج المنزل مع
وجود أدلة على الإنجاز
الاجتماعي.

اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة

اضطراب قلق الانفصال .

القلــق الشــديد مــن الانفصـــال عن الأشخاص
المحيطين بالطفل.

اضطراب التحاشي

المقاومــة الشديدة والمفرطة للمشاركة الاجتماعية
مع الغرباء

اضطراب التوتر الزائد

الــتوتر المفــرط والخــوف الشديد الذي لا يرتبط
بموقف محدد أو موضوع معين

بعض الاضطرابات الأخرى في مرحلة الطفولة والمراهقة

اضـــطراب الإنجـــاز التفاعلـــي Reactive Attachment

ضـعف الـنمو الجسمي والانفعالي نتيجة الرعاية غير الملائمة.

اضطراب فصام الطفولة والمراهقة

ضـعف سـعة الانـتقال من وإلي العلاقات الاجتماعية .

الصمت الاختياري .

الـرفض المستمر للتحدث على الرغم من القدرة على التحدث والتعبير عن الذات.

اضطراب التمرد

عـدم الطاعـة والسلبية والتمرد على أشكال السلطة

اضطرابات الهوية

عـدم التأكد من الأهداف والعمل والعلاقات والتوجه الجنسي والسلوك

اضطراب التناقض النمائي

فصام الطفولة

نقـص الاسـتجابة للآخرين مع العجز الشديد في مهارات الاتصال

والاســـتجابات الشـــاذة للبيـــئة المحيطة بالطفل مع
الشذوذ في النمو قبل سن
ثلاثون شهراً.
اضطراب التناقض النمائي لبداية مرحلة الطفولة
الاضـــطراب العمـــيق فـــي العلاقات الاجتماعية وتطور
السلوك الشاذ في سن
أكثر من ثلاثين شهراً وأقل من عام .

Kim T. Mueser[1]

قواعد التصنيف Principals of classification

يعـــرف التصـــنيف على أنه محاولة لتقسيم الظواهر الطبيعـــية لعـــدد من الخصائص المشتركة أو لأنماط شائعة وأخـــرى نوعية، في عدد من المفاهيم المجردة، وقد تتعلق الظاهـــرة بموضوعات حية أو غير حية، ولقد تم نشأت هذه الخطـــط التصـــنيفية في أحضان العلوم البيولوجية والنباتية لتصنيف الحشرات والنباتات وفي علوم الجيولوجيا لتصنيف المعـــادن، ثـــم امتدت إلي علم النفس لتصنيف الاتجاهات أو

[1] "Schizophrenia," *Microsoft® Encarta® 98 Encyclopedia.* © 1993-1997 Microsoft Corporation. All rights reserved.

سمات الشخصية (Mayr,1952 & Hempel,1959) . وكما ذكرنا من قبل فإن الهدف الرئيسي من التصنيف هو تسهيل عملية الاتصال التي تساعد في تفسير الظواهر والتنبؤ بحدوثها والتحكم فيها. ولتحقيق هذا الهدف لابد من اتباع عدد من القواعد الخاصة عند وضع خطة التصنيف من بينها:

(١) يجب على الأخصائيين عند قيامهم بمحاولة تصنيف الظاهرة موضع اهتمامهم أن يضعوا في أذهانهم أن هذا التصنيف يعتمد على مخطط مفهومي، علي سبيل المثال يتم تشكيل المفهوم Concept Formation بداية بطريقة عشوائية عن العالم الواقعي من خلال الممارسة العملية وذلك بهدف تبسيط الأحداث الطبيعية التي تؤدي إلي مشكلات أو التعقيدات وتؤدي إلي إثراء الظاهرة المراد تصنيفها، ومن ثم تؤدي النماذج التصنيفية إلي الفهم الجيد للظواهر الطبيعية وتقسيمها ووضع القوانين والنظريات التي تفسر كيفية حدوثها. وهناك غزارة في النماذج التصنيفية في المجالات العلمية المتعددة، ولكن السؤال الذي يطرح نفسه دائماً يدور حول مدى اعتماد هذه على قواعد التصنيف المتبعة، حيث يجب توافر الشروط المبدئية لأي تصنيف جيد.

(٢) يجب تحديد الفئات وصياغتها بشكل واضح وبصورة جيدة كما يجب استخدام اللغة العلمية أو البيانات كشرط أساسي لأي نموذج تصنيفي.

(٣) لابد من التحديد الإجرائي للمفاهيم المعقدة حتى يمكن قياس خصائص الفئات النوعية التي يشتمل عليها هذا المفهوم (Bergman,1975).

أنواع التقسيمات

(أ) تقسيم ألفا Alpha Taxonomy

خلال المراحل الأولي لوضع أي نظام تصنيفي يفضل البدء بما يسمى تقسيم ألفا، أو رتب الفئات الدنيا – Lower Order Categories (برونير وجودنو وبلوتشيك (Bruner,Goodnow & Plutchik,1988, (وروبنز (Robbins,1966 ، (وأوستن (Austin,1955 ، (ستينجل (Stengel,1959 ، (وماير (Mayer,1952 وهذا التقسيم يتطلب الوصف الكامل للخصائص الظاهرة من خلال الملاحظة المباشرة داخل نطاق محدد، وهذا يحدد تجمع عدد من الخصائص المتشابهة والمتباينة تتسم بالثبات النسبي بمرور الوقت، ويمكن ملاحظتها بطرق متنوعة، وبعد ذلك

يتم تجريد الخصائص الفرعية بقدر الإمكان أي إطلاق عليها عـــدد مـــن المفاهيم المتفق عليها، حيث أن ثبات الخصائص الفرعية تتأثر بدرجة كبيرة بمدى العناية والاهتمام بالتعريف الإجرائـــي لأوجه الظاهرة، وأيضاً بكيفية تداخل هذه الأوجه فـــيما بيـــنها كما يجب تمثيل كل أوجه الظاهرة أثناء عملية التصـــنيف، وهناك عامل آخر يجب أخذه بعين الاعتبار خلال استخدامه لهذا النوع من التقسيم وهو الوحدة Unit ، وهى تدل على الخاصية المفردة أو الحدث النوعي لفئة فرعية من الخصـــائص، على سبيل المثال خلال تصنيف السلوك الشاذ تكون الوحدات التصنيفية له عبارة عن السمات الشخصية أو أعـــراض هذا السلوك أو عدد من المفاهيم المجردة الأخرى التـــي تـــدل علـــيه، وعادةً ما تكون هذه الوحدات استدلالات نظـــرية أكـــثر من كونها ملاحظات طبيعية ، ويمكن ملاحظة ذلـــك خلال الدليل التشخيصي الإحصائي الإكلينيكي – الطبعة الثانية – the Diagnostic and statistical Manual (DSM II) الصـــادر عـــن الجمعية الأمريكية للاضطرابات النفسية American Psychiatric Association وهذه الطبعة مشبعة بعـــدد كبير من مفاهيم ومصطلحات التحليل النفسي (ولقد تم التغلـــب علـــى هـــذه المشكلة عن طريق عزل هذه المفاهيم

النظرية خلال الطبعة الثالثة لهذا الدليل) . ويجب أن تكون هــذه الوحــدات التصــنيفية بســيطة بحيث يمكن ملاحظتها والــتعرف عليها بسهولة عن طريق الملاحظة المباشرة وأن تكــون قابلة للقياس باستخدام عدد من المقاييس المحددة ، وهناك اتفاق بين الباحثين والإكلينيكيين على أن الاستجابات تعد هي الوحدات الملائمة لتصنيف السلوك الشاذ وأن الفئات التصــنيفية تــتكون من الأنماط الاستجابية المختلفة بصرف الــنظر عــن الأشخاص وذلك لأن الأشخاص ليسوا وحدات متجانسة ، ومن ثم فإن وضعهم في فئات عادةً ما يؤدي إلي نوع من القولبة لهم، كما أن تحديد الأنماط الاستجابية يؤدي إلــي معرفة خصائص السلوك، كما يحدد الدرجة التي يمكن الاستناد عليها عند وضع هذه الأنماط في فئة معينة. ويجب أن نأخذ في اعتبارنا تداخل عدد من الخصائص في أكثر من رتــبة مــن الرتب التصنيفية الفرعية، حيث أن الظاهرة قد تشترك في أكثر من فئة ومن ثم فإن فصل الرتب عن بعضها يتطلب وجود عدد من الخصائص المميزة لكل رتبة على حدة بدرجــة محددة ، إلا أن فصل الفئات قد يؤدي إلي الخلط في بعــض الأحيان وذلك لأن الخصائص المشتركة الداخلة فيها تــؤدي إلــي صعوبة وضعها في أي منها وهذا ينكس على

صـــدق وثبات التصنيف، فعلى سبيل المثال قد يعد اضطراب الاكتئاب خاصية لعدد من الفئات المرضية كالفصام التفاعلي، وهـــوس الاكتـــئاب، والاكتـــئاب العصابي، ومن ثم فإنه من الصـــعب وضع الشخص الذي يعاني من هذا الاضطراب في أي مـــن الفئات الثلاث السابقة ما لم تظهر عليه الخصائص الرئيسية لكل فئة على حدة ومن ثم يمكن أن تشخيصه على أنـــه يعانـــي مـــن الاكتئاب، وهناك مثال آخر وهو اضطراب الفصام الذي يتميز بعدد من الخصائص من أهمها الاضطراب فـــي التفكـــير، واضـــطراب المـــزاج، والسلوك الانسحابي، والضـــلالات والهـــلاوس Hallucination ،والضـــلالات Delusions ووجود واحدة من هذه الخصائص أو وجود عدد مـــنها لـــدى شخص ما قد يؤدي إلي تصنيفه على أنه يعاني مـــن الفصـــام، ونتيجة لذلك نجد أن بعض الأشخاص الذين يقومـــون بعملية التصنيف يصنفوا الشخص على أنه فصامي نتـــيجة لكونـــه يعاني من الاضطراب في التفكير والآخرون يصـــنفونه كذلك لوجود عدد من الضلالات أو الهلاوس لديه، ومـــثل هـــذه الممارسات قد تؤدي إلي مزيد من الخلط حول وضع الشخص في أي من هذه الفئات وخاصة إذا كان يعاني مـــن وجود واحدة أو أكثر من هذه الخصائص. وللأسف فإن

هـذا الـنوع مـن الممارسات مازال موجوداً في عدد من محتويات الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي الإكلينيكي (DSM III) . ومـن ناحـية أخـرى فإن استخدام الفئات التصنيفية المنفصلة قد يؤدي إلي مزيد من الصعوبات وخاصة بالنسبة لصـدق وثبات الخطط التصنيفية وذلك لأنها تؤدي إلي تجمع عدد من الأحداث والخصائص غير المتجانسة في فئة واحدة. وحـل هذه المشكلات الناتجة عن الفئات المنفصلة يكمن في اتـباع القواعـد التـي تحدد الخصائص الجوهرية ووضعها بصـورة ملائمة في فئة عامة أو في إحدى الفئات الفرعية، ومحاولـة ربـط هـذه الفئات باستخدام عدد من الخصائص النوعية بدرجات معينة لتصنيف الظاهرة في عدد من الرتب الفرعـية Particular class أو فـي فئات (تحمل العضوية التي تؤهلها لوضعها مع الفئات الأخرى) ومن ثم فإن وجود واحدة أو أكثر من الخصائص المختلفة أو التغير في درجات أحـد مـنها سـوف يجرد الخاصية من عضويتها، وبالتالي تـؤدي الفـئات المنفصلة إلي وجود نوع من التجانس فيما بيـنها، وهـذا ينعكس بدوره على زيادة ثبات وصدق الفئات كمـا أنهـا تؤدي إلي توضيح الحالات البينية Borderline cases ، وعلـى الـرغم مـن الـنقد الـذي توجهه كانتور

وزملاؤها Cantor and her colleagues (كانتور وسميث وفريـــــنس ومـــــيزيك (Cantor, Smith, French & Mezzic,1980 إلـــي الحـــالات البينـــية حيـــث تعتبرها من المعوقات الشديدة التي تواجه الأنظمة التصنيفية، إلا أن هذه الحالات يمكن اعتبارها ميزة لأنها تشير بوضوح إلي قصور الـــنظام التصنيفي، وبالتالي فهي تدفعنا لبذل مزيد من الجهد لمراجعة خطة التصنيف وتحديد موقع هذه الحالات في النظام التصنيفي بدقة. وأخيراً فمن أهم قواعد التصنيف هي قاعدة التصـــنيف المفـــردة فخطة أي نظام تصنيفي يتناول السلوك الإنساني تبدأ بالتركيز على الأنماط السلوكية البارزة من بين السلوكيات الملاحظة، ثم التركيز على الأسباب التي أدت إلي حدوثهـــا (العوامـــل الســـببية Etiology وتطور هذه الأنماط بمرور الوقت (المآل Prognosis ومدى استجابة هذه الأنماط للعـــلاج. ولابـــد مـــن مخططـــات تصنيفية لكل البارامترات الســـلوكية لتجنـــب تشويه المفاهيم، كما يجب أن تكون هذه المخططـــات بصورة مبدئية تابعة وليست مستقلة. أو بعبارة أخرى يجب أن لا يعتمد على العوامل المسببة لأنماط السلوك الجزئـــية فقط، وهذا ما كان موجوداً في المراحل الأولى لعلم الـــنفس حيث كان يتم تصنيف السلوك، والأسباب التي تؤدي

إلـــي حدوثـــه والاستجابة لتعديله في أقسام مستقلة، وأيضاً ربـــط أنمـــاط سلوكية محددة بأنماط معينة من الأسباب التي تؤدي إلي حدوثه خلال العمل الإمبيريقي. ومع تطوير العلاقة بيـــن نمـــط ما من السلوك ونمط محدد من الأسباب فإن ذلك ســـوف يـــؤدي إلي تطوير نظام تصنيفي مبني على الحقائق الإمبيريقية.

(ب) تقسيم بيتا Beta Taxonomy

هـــو تقسيم وصفي ويعد من التصنيفات العالية الرتبة ويطلـــق علـــيها في بعض الأحيان تصنيف الفئات الارتباطية Relational Categories وخـــلال هـــذا التصنيف يتم ربط المداخـــل العلاجية للاضطراب بالأسباب التي أدت إلي حدوثه وبزملات الأعراض المصاحبة له، والمثال الجيد الذي يوضح هذا النوع من التصنيف هو مرض الزهري Syphilis (حيث أنـــنا نجد أن سبب حدوث هذا المرض هو الإصابة بنوع من البكتـــيريا Spirochetes الـــذي يؤثـــر علـــى الكائـــن الحي فيستجيب لها ، كما أن هذا المرض عند حدوثه يتميز بوجود عدد من الأعراض المختلفة ولقد تم التوصل إلي تطوير نوع مـــن البنســـلين لعـــلاج هذا المرض) وطبقاً لهذا النوع من

التصـــنيف فإنه يجب أن يتم تصنيف الاضطرابات السلوكية بـــناء علـــى كـــل من العوامل السببية ومدي تطور المرض ومـــدى اســـتجابة المـــريض للعـــلاج، فإذا وجدت علاقات إمبيريقـــية بيـــن هـــذه المتغيرات فإن ذلك سوف يؤدي إلي تصـــنيف علمـــي جـــيد لهـــذه الاضطرابات كما أن عدم ذلك سيؤدي إلي كثير من الخلط، وتشويه عملية الاتصال.

(ج) التقســـيم المـــتعدد المحـــاور Multiaxial taxonomy

ويعـــد هـــذا التصنيف من أفضل طرق التصنيف التي تحاول تجنب الخلط وهذا التصنيف هو المتبع حالياً في الدليل التشخيصـــي الإحصـــائي الإكلينيكـــي - الطـــبعة الثالـــثة - (DSM III) والـــذي يـــتم خلاله تصنيف السلوك المرضي (الأعـــراض) علـــى أحد المحاور، والعوامل المسببة لهذا السلوك على محور آخر وهكذا.

وخلاصـــة القـــول فإن قواعد التصنيف تعد مهمة بما تشـــتمل علـــيه مـــن اســـتخدام المصطلحات الملائمة، ولغة البيانات، والوحدات التصنيفية البسيطة ، والفئات المنفصلة، وقاعدة التصنيف الفردي، ومن ثم يجب أن نأخذ في اعتبارنا

أن الاعتماد على المصطلحات والمفاهيم غير المناسبة، والفئات غير المنفصلة، وعلى الأسباب التخيلية أو التصورية تؤثر في تطور النظام التصنيفي كما أنها تؤدي حدوث عدد من الصعوبات المرتبطة بصدقه وثباته.

السلوك السوي وعلم الأمراض النفسية Normal Psychology and Psychopathology

إن أهم يمكن طرحه داخل مجال السلوك الشاذ هو "ما هو السلوك الشاذ أو ما هو السلوك المرضي أو السيكوباثولوجي أو الاضطراب النفسي أو العقلي أو أي مفهوم آخر مشابه لهذا ؟ " ويمكن الإجابة على هذا السؤال من القيام بما يقوم به المتخصصين في المجال الطبي عند قيامهم بالتشخيص الدقيق للأمراض أو الاضطرابات الجسمية. فمن خلال التطور التاريخي لإجراءات التشخيص في المجال الطبي كان الاهتمام منصباً في البداية على جمع المعلومات الدقيقة عن التكوينات الفسيولوجية والتشريحية السوية، وبعبارة أخرى قام الأطباء بمحاولة التعرف على معايير الوظائف البيولوجية والتشريحية. ولذلك يعد فهم طبيعة السلوك السوي الشرط الأساسي لتحديد وفحص السلوك الشاذ، ومن ثم يجب التوصل إلي معرفة عدد من

الاســتجابات المعــيارية ووضـــع مخطط لتصنيف السلوك الســوي قـبل القــيام بوضع السؤال الإمبيريقي عن ماهية الســلوك المــنحرف أو الشاذ أو المضطرب.ولقد قام (آدمز، وكوســتر وكــالهون Adams, Qoster & Calhoun,1977) بوضـــع خطة تصنيفية حديثة تستند إلي حد ما على ما سبق ذكــره اعــتماداً علــى أنظمة الاستجابة والجدول التالي رقم ( ) يوضح ذلك

الجدول السابق من كتاب " علم نفس الشواذ " لهنري آدمــز Abnormal Psychology By H. E., Adams, Copyright 1981 By William C.Brown Company Publishers.

وهذا التقسيم يعتمد على الافتراض القائل بأن الأنواع المختلفة للاستجابات الظاهرية (السلوك) يمكن أن تتجمع في فــئات لكي تشكل نظام استجابي متجانس ومستقل، وهذا ما يحــدث عادة في الأنظمة التصنيفية الفسيولوجية وفي علوم البيولوجــيا البشــرية ، علــى سبيل المثال توجد تقسيمات للأوعية القلبية، وللأجهزة الحشوية، والعصبية، والعضلية.

وهــناك نقــد موجه إلي هذا التقسيم حيث يري بعض العلماء أن هذه الأنظمة الاستجابية ليست مستقلة عن بعضها

البعض ولكنها تتفاعل فيما بينها ومن ثم قد تحدث بعض التقسيمات العشوائية ، ويمكن الرد على هذا الاعتراض من خلال ما نلاحظه في تقسيمات الوظائف البيولوجية والتشريحية التي تترابط فيما بينها، حيث أن هذه التقسيمات قد أمدتنا بمعلومات مفيدة أدت إلي تطور هذه العلوم، وهذا يعد دليلاً على أهمية استخدام علماء النفس لمثل هذا النوع من التقسيم للحصول على معلومات كتلك المعلومات المتوفرة فيها . ومن ثم تكون لديهم القدرة لتنظيم السلوك في عدد من الأنظمة الاستجابية الفرعية. وقد يري البعض أن هذا النوع من التقسيم يعتمد على التوجه النظري للمدرسة السلوكية Behaviorism نظراً لاعتماده على الوحدات السلوكية البسيطة أو الاستجابات، إلا أن هذا الافتراض يعد خاطئ لأن تقسيم السلوك إلي عدد من الوحدات الاستجابية لا يعد هدفاً في حد ذاته ،وهناك افتراض آخر يرى أن الوحدات الأولية للسلوك أو (الاستجابات أو الأنماط الاستجابية ليست ضرورية في تحديد التوجه السلوكي إلا أن معظم السيكولوجيين بما فيهم أصحاب النزعة الإنسانية، والسلوكيين، والسيكوديناميين، وأيضاً أصحاب التوجه البيولوجي يتفقون على دراسة الكائنات

السلوك الإنساني من خلال ملاحظتهم، كما أن هذه الملاحظات والتفسيرات للسلوك هي التي تشكل التوجهات النظرية لعلم النفس، حيث أن النظام التصنيفي الملائم يجب أن يكون مشتقاً من النظرية العلمية ، وعلى الرغم من هذا التحديد فإنه قد ينتج عادةً بعض الخلط خلال الممارسة الفعلية. ومن ثم فإن الخطوات المتدرجة التي يجب إتباعها في تطوير أي علم من العلوم المختلفة يجب أن تشتمل على : الملاحظة ثم التصنيف فالقياس ثم وضع النظريات التي تعد مطلباً ضرورياً من مطالب المعرفة.

مداخل تصنيف السلوك المضطرب :

هناك بعض الأفكار التي تدور حول معايير السلوك السوي وكيفية تغير هذا السلوك نتيجة لتأثره بعدد من العوامل من بينها العمر الزمني للفرد وجنسه وبيئته الاجتماعية. إلا أن المعلومات التي تدور حول ماهية وكيفية تكون السلوك الشاذ مازالت غير كافية ليفكوفيتز وبيرتون (Lfkowitz & Burton,1978) (وكيستللو Costello,1980) وهناك طريقتين أساسيتين للتعرف على السلوك المضطرب هما نموذج الرتب Class Model ، والنموذج الكمي أو

المتنوع Multivariate or Quantitative Model

أولاً : النموذج الكمي أو المتنوع :

ويفترض هذا النموذج إمكانية وضع السلوك على متصل كمي كالذكاء على سبيل المثال، إلا أن هناك بعض الاستجابات المرتبطة بعدد من الاضطرابات (كالاكتئاب والقلق على سبيل المثال يكون لها درجات متطرفة ومبالغ فيها كما أنها تحدث بصورة حادة لدي عدد ضئيل من أفراد أي عينة عشوائية، ومن ثم قد نجد صعوبة في التحديد الباثولوجي لها، وللتغلب على هذه المشكلة يتم تشخيص هذه الاضطرابات بنفس الطريقة التي يتم بها تشخيص ارتفاع ضغط الدم في المجال الطبي، فعندما تبلغ هذه الاستجابات درجة معينة من الشدة، والاتجاه، والتكرار فإننا نطلق عليها لفظ استجابات مرضية، أو باثولوجية، ومن ثم لابد من توافر عدد من البارامترات لتحديد خصائص هذه الاستجابات وقيمها وتطورها وأيضاً الأسباب التي تؤدي إلى حدوثها (بما في ذلك ظروف المثير الذي يؤدي إلي حدوثها) وذلك بهدف اتخاذ القرار الخاص بما إذا كان هذا السلوك شاذ أم سوي، ففقدان الشخص للحب على سبيل المثال يرتبط بزيادة شدة الاكتئاب فقط دون الزيادة في اتجاهه ومن ثم يجب أن نضع

ذلــك فـــي اعتبارنا عند تشخيص وعلاج هذا الشخص، كما تعد وبائية الاستجابات وما يتعلق بها من المفاتيح الأساسية لهـــذه المداخل على الرغم من التحذير المهم الذي ينادي به (كوستللو Costello,1980) والذي يرى من خلاله أن مجرد تكـــرار السلوك لا يعني بالضرورة بأن يكون سلوكاً سوياً أو مقبولاً.

معايير تحديد السلوك المرضي

هناك عدد من المعايير يمكن الاستعانة بها في تحديد السلوك المرضي من بينها:

المعيار الإحصائي الذي يرى أن أنماط السلوك النادرة الحـــدوث أو التـــي تقـــع على جانبي المنحنى الاعتدالي تعد الخطوة الأولي في وضع الخطة التصنيفية للسلوك المرضي (كيستللو Costello,1980) ، (وآدامز Adams,1981) . أما المعـــيار الثانـــي يتمثل في توضيح الدلالة الإكلينيكية لبعض الأنمـــاط السلوكية التي تؤدي إلي حدوث عدداً من الأضرار الموضـــوعية للشخص أو للمحيطين به. وهناك معيار ثالث يســـمي بمعـــيار تسمية الانحراف Criterion of Labeled Deviance وطـــبقاً لهـــذا المعـــيار فـــإن السلوك المنحرف

Deviant Behavior أو المرضـــي يمكــن تحديده من خلال الأنمــاط الســلوكية التـــي تتعارض مع المعايير الاجتماعية للمجــتمع الــذي يعيش فيه الفرد، إلا أن هذا المعيار يتباين كوظــيفة لكــل من الأعراف الاجتماعية وتغيرها من مجتمع للآخــر، ومــن وقت لآخر وحتى من مكان لمكان آخر داخل المجتمع الواحد، وأفضل مثال يوضح نسبية هذا المعيار هو حالة الجنسية المثلية Homosexuality التي تعد صورة من صــور الاضــطراب النفســي إلا أن الطــبعة الثالــثة مــن (DSM III) تصــنف هذه الحالة على أنها شكل من أشكال الاضــطراب السلوكي وتحدث نتيجة لتعرض الفرد لعدد من الضغوط الذاتية . وخلاصة القول يعد معيار تسمية الانحراف مــثال جــيد علــى القولــبة Stereotyping ،(آدامــز Adams,1984). وهــناك معــيار آخر يسمي بمعيار التوافق The Critérion of Adjustment وهــذا المعيار يعتمد على مــا إذا كــان الفــرد يتوحد بشكل جيد مع بيئته الاجتماعية والبيولوجــية فــي إطــار من الحرية الثقافية والاجتماعية المحــددة بحيــث يتيح ذلك إشباع الفرد لحاجاته البيولوجية والاجتماعــية ، وأيضــاً قدرتــه علــى الحياة وهذا المعيار يــتعارض مــع معيار تسمية الانحراف حيث أن كل منها في

اتجـــاه معـــارض ، على سبيل المثال فإن عدم القيام بالعمل الشـــاق يعـــد سلوكاً منحرفاً من خلال منظور معيار تسمية الانحـــراف إلا أنه يعد سلوكاً ملائماً بمنظور معيار التوافق، حيث أن زيادة دافعية الفرد للعمل الشاق وقيامه به عادةً ما تؤدي إلى حدوث بعض الاضطرابات حشوية قد تهدد حياته، ويمكـــن توضـــيح ذلـــك من خلال ما حدث في حرب فيتنام، فالشـــخص الـــذي انســـحب من الحرب ولم يشارك فيها يعد شخصـــاً مـــنحرفاً من خلال المنظور الاجتماعي، ولكنه يعد شخصـــاً سوياً من خلال معايير التوافق لأنه لم يعرض حياته للخطـــر، وممـــا سبق ذكره يتضح أن الحكم على ما إذا كان الســـلوك سوي أم مرضي يعتمد على المعيار الذي يستخدمه الشخص الذي يقوم بالحكم، وهذا يوضح إلى حد ما اختلاف المعايـــير المســـتخدمة فـــي تحديد السلوك السوي والسلوك المرضـــي، كمـــا أنـــه يدفع الباحثين إلى القناعة الاستعانة بتوظـــيف المعايير المتوفرة بقدر الإمكان في تحديد السلوك والحكـــم علـــيه ممـــا يـــؤدي إلى تحسين محددات السلوك المرضـــي بدرجـــة كبـــيرة ، وأيضاً التحقق من صدق هذه المحددات من خلال بذل مزيد من الجهود في عملية البحث.
جاه الآخر.

ثانياً : النموذج الرتبي Class Model

ويسـمي هـذا الـنموذج في بعض الأحيان بنموذج الفروق الكمية Qualitative Model وهذا التصنيف يفترض أن معظـم أنماط السلوك المرضي لا تحدث بين أفراد العينة السـوية على سبيل المثال هناك اضطراب ما مثل اضطراب الفصام لا يتباين في درجاته بين أفراد العينة السوية كما أنه لا يتوزع اعتدالياً بينهم، ولذلك يكون من الصعب فهم أنماط السلوك الناتج عن هذا الاضطراب بدون أن نأخذ في اعتبارنا حذف العوامل المصاحبة الواقعة في السياق الاجتماعي الذي يعـيش فيه معظم الأفراد والتي قد لا تحدث في وقت حدوث المـرض، كما يجب الإشارة إلي أن الفئات والفئات الفرعية مـن الاسـتجابات المحذوفـة غير المرتبطة وظيفياً بحدوث الاضطراب قد تظهر بشكل تلقائي، وبشكل متعاقب بين أفراد العينات الصغيرة من المجتمع، كما أن تأثير هذه الاستجابات لا يكون بنفس التأثير الذي قد تحدثه في الأنواع الفرعية من الاضطراب، أو قد تكون هذه الاستجابات مستقلة بعضها عن الـبعض الآخـر، وخـلال هذا النوع من التصنيف لا بد من توافـر عـدد مـن الشـروط مـن أهمهـا: التحديد الدقيق للاستجابات غير الواضحة أو المحذوفة على سبيل المثال أن

الشـــخص الـــذي يعانـــي من اضطراب الفصام تظهر عليه مجموعة من الأعراض الأساسية تشتمل على الاضطراب في التفكـــير والتـــناقض الوجداني والهروب من الواقع من وقت لآخر، وكل منا قد يظهر عليه واحد أو أكثر من هذه الأنماط الســـلوكية بدرجة ما، إلا أنه من غير المؤكد أو من الصعب ظهور هذه الأعراض متجمعة مع بعضها في وقت محدد على الأفـــراد الأســـوياء. ومـــن ثم فإن تجمع هذه الأعراض مع بعضها لدي شخص ما يسمح لنا بأن على مثل هذا الشخص بالشخص " الفصامي " . والشرط الثاني المطلوب توافره في لهـــذا المدخل التصنيفي هو الافتراض بعدم وجود ظاهرة ما (علـــى سبيل المثال الفصام) بين أفراد العينة السوية، ولذا يجـــب علينا القيام بتوضيحها والتأكد من حقيقة وجودها قبل الاســـتعانة بها كمفهوم تصنيفي، ولكن للأسف تم إهمال هذه الشـــروط الواجـــب توافـــرها عند وضع المفهوم التصنيفي المسمي بالفصام، وتم ترجمته على أنه حقيقة مؤكدة، وهذا مـــا فـــتح بـــاب الجدل بين المنظرين حول حقيقة وجود هذا الاضطراب والتي لم تلقي اهتماماً كبيراً منهم ، وهذا ما دفع بعضهم إلى القول بأن ظاهرة الفصام ربما تكون شيئاً وهمياً مـــن اخـــتراع خـــيال الأطـــباء النفســـيين والسيكولوجيين

. (Laing,1960; Sarbin,1967 & Szasz,1966)

وباختصـــار تعد كل من معايير السلوك السوي وخطة تصـــنيفه الشـــرطان الأساســـيان للتوصـــل إلي وضع نظام تصـــنيفي ثابـــت وصادق للسلوك المرضي، وبناء على ذلك يمكـــن الاســـتعانة بكل من نموذج التصنيف الرتبي ونموذج التصنيف الكمي في وضع فئات ورتب الاستجابات المرضية.

التصـــــنيف والقـــــياس Classification and Measurement

من خلال ما سبق ذكره لابد من القيام بالتحديد الدقيق للفـــئات العامـــة والفئات الفرعية للأنظمة الاستجابية خلال المـــراحل الأولـــي لوضع النظام التصنيفي، ثم تأتي الخطوة التالـــية التـــي تشتمل على القيام بقياس هذه الاستجابات أو الخصـــائص، ومـــن ثم يعد القياس Measurement وسيلة تســـتخدم فـــي تعييـــن المخطط التصنيفي، وفي علم النفس يشتمل القياس على تقييم السلوك أو أنماط الاستجابات التي تـــم تحديدها من خلال تعريف فئات الأنظمة الاستجابة العامة والفرعـــية، كمـــا يشـــتمل القياس على التعريفات الإجرائية للفـــئات، ولذلـــك فإن غياب أو وجود خاصية ما ووجود أو غـــياب شـــدة خاصية ما ووجود أو غياب اتجاه خاصية ما

يجب تحديده بصورة دقيقة خلال عملية القياس، وهناك عدد من الشروط المتعلقة بقياس كل من السلوك السوي والسلوك المرضـــي يجـــب أخذهـــا بعيـــن الاعتبار عند إجراء عملية التشـــخيص ، فعلـــى المستوي العملي يجب على الأخصائي النفســـي الإكلينيكـــي القيام باستنباط اختبار أو فحص نفسي مقنـــن علـــى غـــرار الفحص الطبي الذي يقوم به الطبيب، وهـــناك اتفاق بين الباحثين على أن الفحص يجب أن ينصب علـــى الـــنظام الاســـتجابي للفـــرد، بمـــا في ذلك انفعالاته، والعملـــيات الحسية والإدراكية والسلوك الحركي، والحاجات البيولوجية الأساسية والمكتسبة، والسلوك الاجتماعي لديه ، ويـــتم هـــذا الفحـــص خـــلال المقـــابلات المقننة وباستخدام اختـــبارات المســـح السريع لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة لإجـــراء مزيد من الفحص لبعض النواحي السلوكية المحددة للفـــرد أم لا، كمـــا يـــتم الفحـــص باستخدام عدد من قوائم الشخصـــية مـــثل قائمـــة مينيســـوتا المتعددة الأوجه لقياس الشخصـــــية Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M M PI) أو قائمـــة المشـــكلة Problem Checklist ويعـــد استخدام هذه القوائم فقط أمراً غير كافياً لأنـــه قـــد يهمـــل الكشـــف عـــن بعض عدد من السلوكيات

المضـــطربة التي يمكن التعرف عليها من خلال الملاحظات المباشـــرة البســـيطة كالسمنة ، والخلجات، وسوء استخدام المـــواد النفســـية ، وتـــتراوح عملية التقييم ما بين التقييم البســـيط والتقييم الأكثر دقة وعادةً ما يستخدم النوع الأخير في تحديد الأعراض بصورة قاطعة (على سبيل المثال تحديد ما إذا كان الفرد يعاني من الهلاوس أم لا ؟) ، وتعتمد طرق القـــياس على التوجهات النظرية التي يتبناها الشخص القائم بعملـــية التقيـــيم، فنظرية السمات على سبيل المثال ترى أن التقييم والقياس يجب أن يوجه نحو جانب محدد من السلوك حيث لا يوجد فرد ما يعاني بكامله من الاضطراب ولكن هناك جوانـــب معيـــنه في سلوكه تكون شاذة ومضطربة ومن ثم يجـــب الاســـتعانة بعدد من المقاييس أو الفحوصات المحددة لهـــذه السلوكيات الشاذة ، فإذا كان هناك شك في أن شخص مـــا قـــد أظهر اضطرابا في التفكير خلال الفحص المبدئي له فيجـــب القـــيام بفحـــص آخر أكثر دقة وشمولاً لقدرته على تشغيل المعلومات باستخدام عدد الاختبارات التي تم وضعها لهـــذا الغرض (كاختبار معاني الكلمات) (Shakow,1977).

ومـــن ناحية أخرى يعد الإفراط في عملية القياس واستخدام عـــدد كبـــير مـــن المقاييس بدون أن يكون هناك مبرر كاف

لاستخدامها يؤدي إلى نوع من الإرباك للقائم بعملية القياس، وأيضاً التعدي على خصوصيات الفرد الذي تجرى له عملية القياس ، على سبيل المثال ليس هناك داع لفحص سلوك وتوجه الفرد الجنسي في حالة عدم وجود مؤشرات تدل على أنه يعاني من مشكلات جنسية ، وبعبارة أخري يجب الاستعانة بالاختبارات المحددة لقياس المشكلات المحددة. وبناءً على ذلك لابد من تدريب الأخصائي النفسي الإكلينيكي على تشخيص وتقييم الاضطرابات المتنوعة من خلال عمل وتطوير ، ووضع معايير للمقاييس المختلفة ، ويجب أن تتضمن إجراءات التشخيص على التقارير الذاتية Self- reporting، والملاحظات السلوكية Behavioral observations ، والاستعانة بقدر الإمكان بالمؤشرات الفسيولوجية مثل كتلك التي تستخدم في قياس السلوك الجنسي الظاهري (Tollison & Adams,1975). كما يمكن الاستعانة باختبارات سلوكيات التحاشي Behavioral avoidance tests لمعرفة ما إذا كان الفرد يعاني من المخاوف أم لا ، وإذا أشارت نتائج هذه الاختبارات بأنه يعاني منها فيتم الاستعانة بمزيد من الاختبارات الأكثر تحديداً لمعرفة نوع المخاوف التي يعاني منها ، كما يمكن الاستعانة

بـــالمواقف التجريبية وذلك بوضع الفرد في موقف تجريبي محدد ومن خلال التقرير الذاتي، وملاحظة سلوكياته الظاهرة يمكـــن الـــتعرف علـــى محتوي العمليات السيكوفسيولوجية الناتجة عن الاستثارة الذاتية، ونتيجة لكل ما سبق ذكره فإن الـــتراث الســـيكولوجي بحاجـــة مستمرة لمراجعته وتقييمه وتعديلـــه لكي يتلاءم مع قياس وتقييم الاضطرابات النفسية، ولقـــد قام الباحثون بوضع قاعدة المثير- المحتوي البيئي - الســـلوك كمحاولـــة للتغلب على الاعتراض الموجه من قبل نظرية السمات تجاه المسح الشامل، وبناءً على هذه القاعدة فإن الفرد الذي يتم تعريضه لموقف التقييم يتعرض لعدد من المثـــيرات المتـــنوعة (كبـــنود اختـــبار معين) ومن ثم فإن اســـتجاباته (السلوك) لهذه المثيرات سوف يعاد ظهورها في مواقـــف أخـــرى مشابهة إذا ما توفرت نفس الشروط. ولكن لسوء الحظ تم البرهنة على خطأ هذه القاعدة حيث ظهر من خلال الأعمال التي قامت بها مستشل (Mischel,1968,1978) والتي استهدفت التنوع الموقفي وأثره على السلوك سطحية هـــذه القاعدة ،كما أكدت الباحثة السابقة على أهمية الشروط الموقفـــية أو شـــروط المثير خلال عملية التقويم السلوكي، حيـــث أن هذه الشروط هي التي تحدد مدي وضوح السلوك،

فإنه ليس من الصعب الاستنتاج بأن الفرد سوف يصبح أكثر عدوانـــاً مـــع كاسبر ميلكوتاست Casper Milquetoast ، ومترو مع محمد على كلاي .

وهـــناك مظهـــران لتنوع المثيرات يجب تقيمهما لكي تلائم عملية التصنيف هما :

أولاً: يجـــب ملاحظة التغيرات الحادثة في الاستجابة كوظـــيفة للتـــنوع الحـــادث في شدة المثير، كما يجب على الفـــاحص إيجـــاد معنـــي لهذه التغيرات، على سبيل المثال الشـــخص الذي يعاني من اضطراب المخاوف (الفوبيا) قد يخـــاف من الدخول في حجرة تحتوي على قفص به ثعابين، بينما الشخص السوي قد تظهر لديه استجابات خوف مماثلة ولكن فقط في حالة الزيادة في شدة المثير (على سبيل المثال فـــي حالـــة إذا ما طلب منه أن يلتقط أحد الثعابين من على الأرض ويـــرفعه لأعلـــى)، وقـــد يحدث هذا التنوع كنتيجة لاخـــتلاف المكـــان الـــذي يقع خلاله المثير، فالشخص الذي يعانـــي مـــن الخوف من الثعابين قد يظهر استجابات خوف عالية الشدة أثناء تواجده على صخور جبل عالٍ بينما يظهر اســـتجابات منخفضة الشدة إذا ما وجد في مدينة الرياض أو

القاهـــرة على سبيل المثال، وهناك افتراض قام بوضعه كل مـــن (آدمز Adams,1981)، (ماريتو وبال Mariotto & Paul 1975 يســمي بالتـــنوع الموقفـــي مقابل تماثل السمة Situational-Versus-Trait argument ، فالأفراد الذين لا يغـــيرون من سلوكهم نتيجة لتغير مواقف الاستثارة المحيطة بهـــم يكونـــون أكثر اضطراباً في النواحي السيكولوجية من الأفـــراد الذيـــن يغـــيرون مـــن ســـلوكهم طبقاً لتغير موقف الاســـتثارة. ممـــا ســـبق ذكره يتضح لنا أهمية التركيز على المتغـــيرات المستقلة (عوامل المثير) وعلاقتها بالمتغيرات الـــتابعة (الاستجابات) ،ومن ثم فإن التصنيف الجيد يجب أن يشتمل على: المثير ــ الكائن ــ الاستجابة ــ النتائج (S-O-R-C) كما أن المتغيرات المستقلة يجب تشتمل على محتوى المثـــير وشـــدته، كمـــا يشتمل الكائن الحي على المتغيرات الوســـيطة Modulating variables كالعمـــر الزمنـــي له، وجنســـه، ومســـتويات النشـــاط المـــتوفرة لديه، والنواحي التشـــريحية والفســـيولوجية الخاصـــة بـــه...الخ، حيث أن المتغـــيرات الوسيطة هي التي تؤثر بشكل مباشر في العلاقة بيـــن المثـــير والاستجابة. أما النتائج فتشتمل على الأسباب التـــي أدت إلـــي الاحتفاظ بأنماط معينة من السلوك، وما هو

المسار المتوقع للسلوك.

ثانـــياً: يجب مراعاة عدم تقسيم الاستجابات في فئات تصنيفية بدون توفر الأسباب التي أدت إلي حدوثها، حيث أن السـلوك مـا هو إلا وظيفة مباشرة لأسباب معينة، كما أن السـلوك المرضـي قد ينشأ كنتيجة لقيام الفرد لتوظيف مثل هـذا السلوك في مواقف محددة أو كنتيجة لما قد يترتب عن هذا التوظيف من آثار بعدية، ولذا يجب أن نأخذ في اعتبارنا الآثار البعدية كأحد أسباب حدوث الاضطراب، وبالتالي يمكن اسـتخدامها بصورة منطقية كأسباب تصنيفية، وهناك اتفاق علـى استخدام مثل هذا المدخل في تصنيف سمات الشخصية فيما عدا التصنيفات الخاصة بالاضطرابات الوظيفية للسلوك الاجتماعي أو اضطرابات الشخصية، فالشخصية الوسواسية علـى سـبيل المـثال ترتبط بدرجة كبيرة بعدد من الدفعات القهرية كغسل اليدين على سبيل المثال إلا أن هذا الاضطراب قـد يحدث أحياناً في غياب مثل هذه الطقوس، ومن ثم يكون مـن الصـعب اسـتخدامها كسـبب لحـدوث هذا النمط من اضـطرابات الشخصـية ومـن ثـم فإنها تقع خارج عملية التصـنيف لأنها قد ترتبط بحدوث الاضطراب، إلا أنها لا تعد السـبب الرئيسي والجوهري في حدوثه، وفي حالة الاعتماد

عليها كأسباب جوهرية لحدوثه فإن ذلك قد يؤدي إلي مزيد مـــن الخلط وعدم الدقة، ومن ثم لابد من الاستعانة بعدد من الوســـائل البارامـــترية عند وضع الأدوات القياسية الملائمة لعملـــية التصـــنيف هـــذه الوسائل تشتمل على حساب ثبات وصدق الخصائص المراد قياسها.

التقييم وطرق التصنيف Evaluation & Methods of Classification

لابـــد مـــن توفـــر الأطـــر المرجعـــية لتقويم الخطة التصـــنيفية، ولكـــي تـــتم عملية التقويم لابد من توفر أربع خطـــوات رئيســـية للحكم على ثبات وصدق النظام التصنيفي (Skiner,1981)، وتشتمل هذه الخطوات على :-

(١) لابد من ثبات النظام التصنيفي على الرغم من تغير الأشخاص الذين يستخدمونه في تشخيص الاضطرابات النفسية، وأيضاً ثباته عبر المراحل الزمنية المختلفة.

(٢) يجـــب أن يشـــمل النظام التصنيفي خصائص الأفـــراد المصـــنفين، كمـــا يشـــتمل على طرق لقياس هذه الخصـــائص بصورة دقيقة، والمثال الجيد على ذلك هو نظام تصـــنيف الاضـــطرابات النفسية المتبع في DSM-I ,II, III

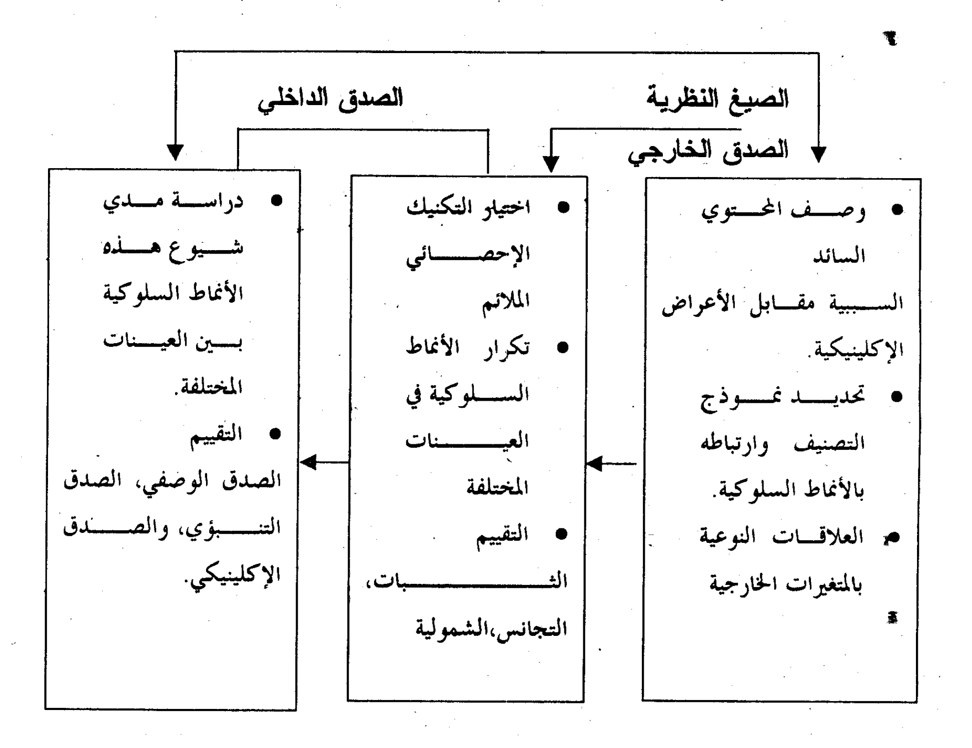
الذي يشتمل على الاضطرابات السلوكية والحالات العضوية المسببة لحدوثها.

(٣) لابـــد من توفر الصدق الوصفي descriptive validity للـــنظام التصـــنيفي حيـــث أن مثل هذا النوع من الصـــدق يوضـــح مـــدي تجـــانس درجة كل فئة من الفئات التصـــنيفية مـــع الدرجات الفرعية المكونة لها والتي تشتمل علـــى زمـــلات الأعـــراض، ومكونـــات الشخصية والبيانات البيوجرافية، بالإضافة إلي عدد من الأسباب الأخرى التي قد تساهم في تكوين درجات الفئة .

(٤) لابـــد مـــن توفر الصدق التنبؤي predictive validity، والصـــدق الإكلينيكي clinical validity حيث من خلالهمـــا التنـــبؤ بالمتغـــيرات والحكـــم على أي منها بأنها متغيرات إكلينيكية بصورة دالة .

ولقـــد توصـــل (سـكنير Skinner, 1981) من خلال الأعمـــال التـــي قام بها في مجال التصنيف إلي وجود ثلاث صيغ كما هو موضح في الشكل رقم ( ) التالي

شـــكل رقم ( ) يوضح الصيغ الرئيسية الثلاث لعملية التصنيف



الشكل السابق رقم ( ) يعد إطاراً مرجعياً لأبحاث التصنيف وهـو مـأخوذ عـن سكنير (Skinner, 1981 " نحو تكامل النظرية والمناهج "Toward the integration theory and methods"

يتضـــح مـــن الشـــكل السابق أن الصياغات النظرية تـــؤدي إلي وضع الفروض ثم إجراء التقييم الإمبريقي لهذه الفروض ومن ثم فإن النظام التصنيفي يمكننا من القدرة على التقيـــيم العلمـــي ،ويرى (بروببير Popper,1972) أن أهمية الـــنظرية العلمية تكمن في قدرتها على دحض فروضها على اعتبار أن هذه الفروض ليست حقيقة نهائية، ولذلك يجب أن يشـــتمل الـــنظام التصـــنيفي علـــى تعريفات جزئية للعلاقات الوظيفـــية بيـــن الأنمـــاط الفرعية المتنوعة (شبكة اتصال Network) ،ويجب أن تشتمل أيضاً على الأسباب التي أدت إلـــي حدوث الاضطراب، وتطوره (مآل الاضطراب)، وما هي البرامج العلاجية المناسبة لمواجهته، وأيضاً تحديد خصائص العينات التي ينتشر فيها هذا الاضطراب، وبناء على ذلك فإن عدم قيمة النظرية بالنسبة للعمل الإكلينيكي يكمن أساساً في عـــدم القدرة على تقييمها. (بيرلي Birley,1975) ،كما يجب تحديد خصائص المحتوي الذي نلاحظه بدقة، وبعبارة أخري هل تم وضع الفرد في فئة ما بناءً على الأعراض الإكلينيكية (الســـلوك الظاهـــري) ،أو بـــناءً على الاضطراب وأسباب حدوثـــه، أو بـــناءً علـــى تجمع كل هذه المتغيرات ؟ وهناك مشـــاركتين جوهريـــتان لمتغـــيرات التصـــنيف هما السلوك

والسببية، ومن ثم فإن أي نظام يستخدم كل المتغيرات لتصنيف الاضطراب يحاول جاهداً تفنيد قضية ما إذا كان هناك سبباً معيناً يحدث نوعاً معيناً من السلوك الشاذ، وهناك اتفاق بين الباحثين حول عدم نضوج الاستعانة بالمسببية كوسيلة لتصنيف السلوك المضطرب، ومن ناحية أخري مازالت طريقة وصف السلوك من أفضل الطرق الملائمة لحالة العلم الراهنة (زنجلر وفليبس Zigler & Phillips,1961) ، والحل المناسب للمشكلة السابقة هو وضع تصنيفين أحدهما للسلوك المرضي والآخر للعوامل المسببة. فعلي سبيل المثال قام (زوبين وسبرين Zubin & Sprin,1977) بوصف ست مداخل لتصنيف ، وتشتمل على: نماذج السببية والعوامل النمائية والتعليمية، والوراثية، والعوامل الداخلية، والعوامل النيروفسيولوجية، وهذه العوامل تتجمع في فئات سببية تؤدي إلي حدوث اضطراب الفصام، وهذا النظام يتشابه إلي حد كبير مع النظام التصنيفي الذي وضعه (هيب Hebb, 1966) لتصنيف العوامل المسببة للسلوك والذي يوضحه الجدول التالي رقم ( ) .

جدول رقم ( ) يوضح تصنيف العوامل السببية

والمؤثرة في السلوك الإنساني

رقم الرتبة	الرتبة	المصدر، ونوع الحدث
I	وراثية	مظاهر فسيولوجية ناتجة عن
II	كيميائية ، قبل	تخصـــيب البويضة. التغذية
II	الولادة	،تسمم في بيئة الرحم
I	كيميائية ، بعد	التغذية، أثر تسمم من الغذاء،
	الولادة	أو المـــاء، والأكســـجين أو
I		العقاقير ...الخ
V	حسي ،ثابت	خـــبرات عادية بين كل أفراد
		الـــنوع تحـــدث قـــبل وبعد
V	حسي ،متغير	الولادة.
V	جرحي	تنوع الخبرات من فرد لآخر
I		داخل النوع الواحد.
		الأحـــداث المادية التي تؤدي
		إلـــي تدمـــير الخلايا وتؤدي
		إلى: ظهور فئة من الأحداث
		تجعـــل الفـــرد يظهـــر عليه
		مجموعـــة من التغيرات دون
		أن يمـــر بالفئات من I إلي
		V

هذا الجدول مأخوذ من

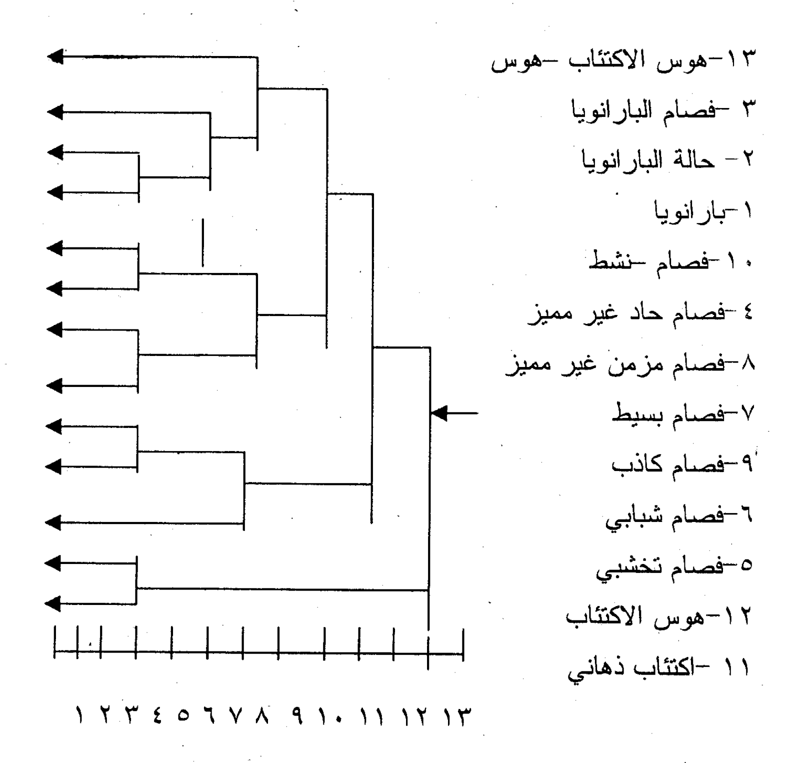
(Textbook of Psychology by D. O., Hebb, Copyright, 1966, By W. B., Saunders Company)

واستخدام نظامين للتصنيف يزيد من إمكانية توضيح العلاقة بين نمط معين من السلوك والعوامل المسببة له، وهذا ما يحدث في الدليل التشخيصي الإكلينيكي للاضطرابات النفسية – الطبعة الثالثة DSM-III– الذي يعتمد على استخدام إجراءات التصنيف المتعدد المحاور والذي يتم من خلاله وضع الأعراض المرضية على أحد المحاور، والعوامل المسببة لها على المحور الآخر ، وتعد هذه الطريقة أكثر دقة لأنها تقلل بقدر الإمكان من التخمينات، النظرية كما أنها تعتمد إلى حد كبير على الوثائق العلمية، وهذا هو السبيل الوحيد والصحيح للوصول إلي نظام تصنيفي دقيق يعتمد على كل من السلوك والأسباب التي تؤدي إلي حدوثه.

وهناك ثلاث نماذج بنائية يمكن الاعتماد عليها في تطوير النظام التصنيفي ،من بينها نموذج البناء الهرمي hierarchical structure الذي يصنف الأفراد إلي مجموعات فرعية فئوية، وهذه الفئات تنقسم بدورها إلي عدد من الرتب والرتب تنقسم إلي عدد من الأنماط السلوكية،

وهكـــذا . والشـــكل التالـــي رقم ( ) يوضح هذا النوع من التصنيف من خلال تصنيف اضطراب الفصام كمثال.

شكل رقم ( ) النموذج الهرمي للتصنيف



هذا الجدول مأخوذ من

(Multivariate analysis By J. E., Overall and C.J., Klett. Copyright, 1977, by the McGraw- Hill book Company)

ويفـــترض مـــن خلال المدرج السابق أن الفرد الذي يعانـــي مـــن أعـــراض فـــي مســـتوى معين منه يعاني من الأعراض كل الرتب الأدنى الواردة فيه.

وهـــناك نمـــوذج آخـــر للتصـــنيف هو النظام البعدي dimensional system ويـــتم من خلاله ترتيب الأفراد على عدد من المحاور في حيز متعدد الأبعاد ،ومن أوضح الأمثلة علـــى هـــذا الـــنظام المدخـــل الذي افترضه أيزنك (أيزنك Eysenk,1970) لتصـــنيف العصابية، والانبساطية، والذهانية . والشكل التالي رقم يوضح النموذج

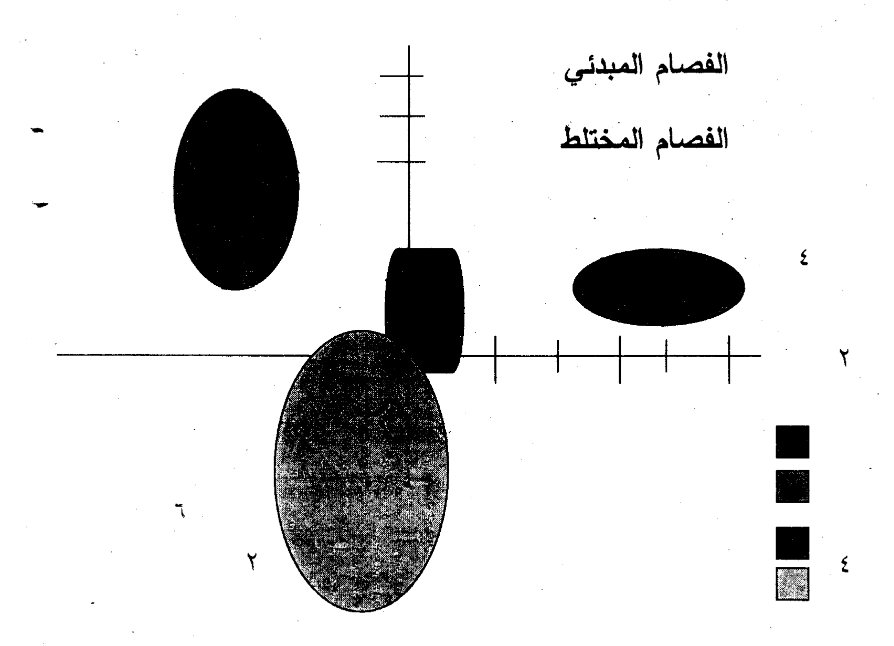
شكل رقم ( )

يوضح النموذج الإبعادي للتصنيف

٦

الاكتئاب

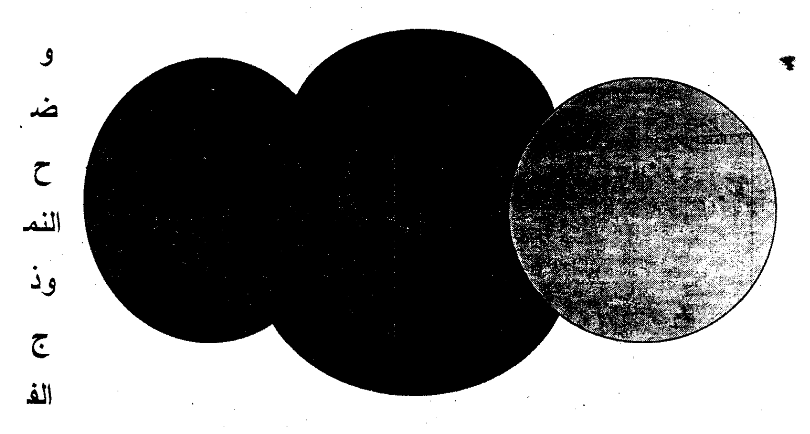
حالة البارونويا



هــذا الشــكل مــأخوذ عن التحليل التطبيقي المتعدد التبايــن Applied Multivariate Analysis by J. E. Overall and C.J. Klett, Copyright, 1972, by the McGraw- Hill book Company)

أمــا النموذج الثالث والأخير فيسمي بالنموذج يسمى <u>بالــنموذج الفــئوي</u> categorical system الــذي يفترض إمكانـــية تصـــنيف الأفراد في فئات متباينة ومتمايزة وبارزة ولكنها متصلة داخلياً ،والشكل التالي يوضح هذا النموذج .

شكل رقم ( )



ئوي أو العنقودي للتصنيف

هـذا الشـكل مـأخود عن التحليل التطبيقي المتعدد التبايـن Applied Multivariate Analysis by J. E. Overall and C.J. Klett, Copyright. 1972, by the McGraw- Hill book Company)

ولقد اعترضت (كانتور ،وسميث ، وفرينش، وميزيش (Cantor, Smith, French & Mezzich,1980 على وجهة النظر الكلاسيكية لنظريات التصنيف التي تري إمكانية وضع أسـباب حـدوث الاضطرابات النفسية في فئات منفصلة بناء علـى أهمية ونوعية الخصائص المحددة لها، حيث افترض

الباحثيـــن السابقين وجود علاقات جزئية بين الفئات، علي سـبيل المثال إذا كان هناك فئتين بينهما علاقات جزئية وفي كـل مــنهما عدد من الخصائص المحددة المشتركة فإن هذه الخصائص سوف يتم وضعها في هاتين الفئتين، فالخصائص المحـددة لاضـطراب الفصام طبقاً لوجهة النظر هذه تشترك أيضـاً فــي عدد من الفئات الفرعية لهذا الاضطراب كفصام الـبارنويا، ومــن ثم فإن النظام الفئوي طبقاً لوجهة النظر الكلاسـيكية عـبارة عن مجموعة من الخصائص المرضية تشـكل الفـئات العلـيا وفـئاتها الفرعية أيضاً، ولقد رأت (كانتور، وزملائها Cantor and her colleagues) أن هناك عدد من الصعوبات تواجه هذا المدخل من بينها : أنه يعاني مــن الفشل في تحديد خصائص معظم الفئات كما يؤدي إلى وجـود عـدد مـن الحالات البينية ،وإلي عدم التجانس بين خصـائص مفـردات الفـئة الواحدة، والتباين بين المفردات المـتماثلة للفئة مما يصعب تصنيفها ،وعدم دقتها في تحديد خصـائص الفـئات العامة التي تشمل الفئات الفرعية، ولقد اقترحـت كانتور وزملائها ما يسمي بالنموذج الفئوي للتغلب علـى هـذه المشكلات، حيث رأت أن النمط المعياري يمكن تحديـده في عدد من المفاهيم تشتمل على خصائصه، ولكن

هذا النموذج يفترض تشابه الخصائص فقط دون الحاجة إلي تطابقهـا مـع خصـائص الفـئة الأخرى ، وأن ترتبط فقط بعضـوية الفئة دون أن نأخذ في اعتبارنا قيمة هذا الارتباط، وبعبارة أخرى ،إذا كان هناك اضطراب ما يشتمل على أربع خصائص (اضطراب الفصام على سبيل المثال)، وظهر على شـخص مـا اثنان، أو ثلاثة، أو الأربعة من هذه الخصائص فـيكون هـذا كافـياً لأن نطلق عليه بأنه "مصاب باضطراب الفصام" ، ومن ثم فإن هذه الخصائص لا يتم تعريفها، لكنها ترتـبط بالفـئة. وهـذا المدخـل، مـن وجهة نظر كانتور وزملائهـا، يستبعد وجود حالات الحد الفاصل، كما أنه يؤدي إلى التغلب على عدم تجانس الأسباب التي تكون الفئات، كما أنـه لا يتطلـب هيمـنة تامة لخصائص الفئات العامة على الفـئات الفرعية، كما أشاروا إلى أن هذا النموذج يؤدي إلى نوع من الإحساس بالفروق بين الخصائص المتشابهة، ويعد هـذا الاقـتراح نوع من المثالية لقاعدة التصنيف، حيث أن هناك حالات أخرى متشابه يتم تصنيفها باستخدام هذا النوع. ولكـن لسوء الحظ، يشتمل هذا المدخل على استخدام الفئات الفاصـلة. وهناك انتقاد موجه لكانتور وزملاؤها قد يتشابه إلـي حـد ما مع الانتقاد الذي قاموا بتوجيهه لوجهة النظر

الكلاسيكية في التصنيف، والتي من بينها، أن تصنيف كانتور وزملائها يؤدي إلى وجود الحالات البينية وإلى عدم القدرة على وضع تعريف محدد للخصائص، وعدم تجانس أعضاء الفئة بدرجة أقل من عدم شمولية خصائص الفئة العامة لخصائص الفئات الفرعية وهذا المعيار قد يؤدي بالفرد إلى الاستنتاج بأن نظام التصنيف ليس صادقاً. ولقد حاولت كانتور وزملائها حل هذه المشكلات من خلال تحديد أخطاء مذهب بوبير (1972) Popper's الذي أدي إلى القدرة على تزييف الفرض، وهذا المدخل قد قام بوصفه بيرلي Birley (1975) ورأي من خلاله أن الطب النفسي قد ارتبط في السابق بأعداد متشابكة من النظريات غير القابلة للدحض، وشمل ذلك أيضاً أنظمة التصنيف، التي أظهرت قدر كبير من أخطاء هذه النظريات في تفسير عدد قليل جداً من الاضطرابات. وربما تضع النماذج التصنيفية حلولاً أكثر لمشكلة تنوع بعض الاضطرابات السلوكية في النوع واختلاف البعض الآخر منها في الدرجة عن السلوك السوي، على سبيل المثال يعد النظام التشخيصي المتعدد المحاور The multiaxial diagnostic system نموذجاً مهجناً يسمح بالبناء الرتبي الكمي ومن خلاله تتداخل الأبعاد الكمية في

فــئات منفصـــلة (ميزيـــتش، Mezzich, 1979) علي سبيل المـــثال، قــد يكون على المحور الأول والثاني هناك تفاضل differentiation's داخل كل اضطراب على الأبعاد النوعية، بينما يَشير كل من المحور الرابع والخامس إلى شدة النفسية الاجتماعـــية psychosocial stressors ،كمـــا يعد الفرق في مســـتوى الوظـــائف التكيفية أبعاد كمية ،وهناك مدخل آخر مثـــير للاهتمام يسمي بمدخل راديكس Radex ، الذي يكامل الأبعـــاد والأشـــكال شـــبه الكروية spheroids (ديجيرمان، Degerman, 1972) علي سبيل المثال المرض الموجه الذي وصـــفه ســـنيث .Sneath (1975) حيث المرض يمكن تمثيله بعدد من النقاط تحيط (بالمكون الصحي) في الحيز البعدي. وعـــندما يصـــح الأفـــراد مرضي، فإنهم يتحركون بعيدا عن المكون الصحي، وتشير شدة الموجه أو المسافة المحصورة بيـــن هذا المكون والموجه إلى شدة الأعراض ، بينما يشير اتجـــاه الموجه إلى نوع المرض. ولحساب الصدق الداخلي (انظـــر الشـــكل رقـــم ١) لمخطـــط التصنيف، لابد من توافر تكنـــيكات إحصائية ملائمة، وهي عادة ما تشتمل على طرق تحليل التباين المتعدد multivariate كتحليل العامل أو التعنقد factor or cluster ،وهـــناك عدد من الطرق الأخرى يمكن

الاســتعانة بهــا، ولكــن كما أشار سكيننير، لا توجد هناك طريقة حقيقية لتقييم أي الإجراءات الإحصائية أكثر ملائمة. ولابــد أن يشــتمل الصدق الداخلي أيضاً على وجود الأنماط المرضــية فــي العينات الأخرى التي تم الاستعانة بها لتقييم ثــبات، وتجــانس، وشمولية النظام التصنيفي. وفي ظل هذا الإطــار يجــب أن يشــتمل الصــدق الخارجي External validation علــى دراسات تدور حول مدي عمومية الأنماط المرضية بين العدد الكلي من السكان، وحول الصدق التنبؤي للفــئة، والصــدق الوصفي أو صدق المحتوى للاضطرابات. وحول مدي الأهمية الإكلينيكية للنظام.

أنظمة التصنيف الحالية

هناك عدد من المحاولات للتوصل إلى أنظمة لتصنيف للسلوك الشاذ من خلال وجهات نظر تنظيرية مختلفة وسوف نلقــي نظــرة عامــة ومختصــرة علــى المدخل السلوكي behavioral، والمدخــل الســيكاتري والمدخل السيكومتري للطــبعة التاســعة مــن التصــنيف الدولــي للأمــراض International Classification of disease (ICD-9) ومن خلال الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية.DSM-III.

لقـد قـام بـاندورا (1968) Bandura بوضع نموذج لتصـنيف الاضطرابات النفسية الاجتماعية بناء على نظرية الـتعلم الاجتماعـي، كـبديل للـنموذج الطبي لتصنيف هذه الاضـطرابات. ومـن الناحـية الجوهرية، فإن هذا النموذج يرتكـز علـى ملاحظة التفاعل بين التهيؤ السلوكي للفرد (المتغـيرات الشخصـية) ومظاهر المثير،وطبقا لوجهة نظر باندورا فإن هذا النوع من التحليل قد يساعد في تفسير كيفية اكتسـاب الاسـتجابات الشـاذة والاحـتفاظ كما أنها توجه العمليات العلاجية لهذه الاستجابات. ولقد ساعد هذا النموذج علـى معالجـة المتغيرات الوسيطة كمتغيرات متدخلة ترتبط بمتغـيرات المثـير المـراد دراسته والذي يؤدي إلى حدوث الاستجابة بقوانين واضحة المعالم. وبناءً على هذا النموذج، فـإن السـلوك الشـاذ ينتج من تعلم أنماط من الاستجابات السـلوكية غير تكيفية maladaptive behavioral، ويمكن تعديلهـا بشـكل مباشر من خلال متغيرات المثير الذي يؤثر على كل من السلوك الثانوي والنهائي. وخلال هذا النوع من الـتوجه الـنظري، فإنـنا لسنا بحاجة إلي الأمراض التحتية لـتعديل أو إزالـة؛ لأن السلوك في حد ذاته هو الذي يجب

تغييره.

وخلال هذا المنظور، لا بد من توافر شروط الاحتفاظ بالسلوك الشاذ كوظيفة لحالات الطوارئ البيئية التي يعد الفرد جزء منها. ومن ثم يعد تقسيم التعلم الاجتماعي مهماً في إلقاء الضوء على العلاقة المتبادلة بين أحداث المثير والمتغيرات السلوكية" (باندورا، Bandura, 1968 p.298) ويرتكز مخطط التقسيم الذي اقترحه باندورا للسلوك الشاذ على ستة أنماط متميزة من هذا السلوك هي :(١) العجز السلوكي behavioral deficits (٢) عجز تحكم المثير في السلوك (٣) تحكم المثير غير الملائم على السلوك (٤) عجز أو عدم ملاءمة أنظمة التدعيم السلوكي (٥) الذخيرة السلوكية المنفرة؛ (٦) تناقض أنظمة التدعيم الذاتي .

العجز السلوكي

هناك عدد من الأشخاص سيئ التوافق نقص المهارات الأساسية اللازمة لتعاملهم بشكل فعال مع متطلبات النواحي الاجتماعية، والأكاديمية، والمهنية، ومثل هؤلاء الأفراد لا يتلقون دعماً كافياً من بيئتهم وفي بعض الأحيان يتلقون عقاباً بسبب عجزهم. كما أن عدم ملاءمة النموذج،

وعدم وجود المدعمات أو تنظيمها بشكل سيئ قد يؤدي إلى العجـز السـلوكي، ويعـد الأفـراد الذين يعانون من ضعف المهارات الاجتماعية (اضطرابات الشخصية) أمثلة واضحة لهذا الاضطراب.

عجز تحكم المثير في السلوك.

قـد يكـون لـدى بعض الأفـراد مخزون كافي من الاسـتجابات يمكنهم من الحصول على التعزيز الإيجابي من البيـئة، لكنهم قد يقومون بعدد من السلوكيات غير الملائمة ولا يحصـلون على التعزيز نتيجة لعدم مقدرتهم على تمييز المثـيرات المهمة، ويحدث عجز تحكم المثير نتيجة للتدريب الاجتماعـي الخاطـئ أو نتيجة لعدم تعلم القدرة على تمييز السلوك في المراحل الأولى من حياة الشخص. ويعد السلوك الفصـامي الـناتج عـن فشل الفرد في الاستجابة للدلالات الاجتماعية، مثال جيد على الاضطراب.

تحكم المثير غير الملائم في السلوك.

قـد تحـدث اسـتجابات سوء التوافق نتيجة لوجود مثيرات غير ضارة وغير ملائمة في السابق ولكنها اكتسبت خاصـية تولـيد ردود أفعال انفعالية حادة بدرجة كبيرة. هذا

هــذه الفــئة مــن الاستجابات تشتمل على رد الفعل الذاتي والاســتجابة الفســيولوجية. ويظهر ذلك في مدى واسع من الشــكاوي الجســمية، التــي تشمل التوتر العضلي، والقلق، والأرق، والإعــياء، والاضــطرابات المعديــة، واضطرابات الأوعية الدموية، وأيضا اضطرابات الخوف والقلق، ويحدث تحكــم المثير غير الملائم على السلوك نتيجة للتشريط غير الملائم خلال المراحل الأولى من حياة الفرد.

عجز أو عدم ملاءمة أنظمة التدعيم.

قــد يــرجع سلوك عدم التوافق إلي جزء الكبير من الحقــيقة القائلــة بــأن وجــود بعض المثيرات الضارة أو المحظورة ثقافياً قد يكون لها وظائف تدعيمية موجبة بدرجة كبيرة للفرد. فالانحرافات الجنسية كالفيتشية وسوء استخدام أنواع معينة من العقاقير المتعددة والخصائص المدعمة لهذه العقاقير تعد مثال واضح على هذا الاضطراب، ويتم تعلم هذه الأنماط الاستجابية من خلال النمذجة والتعزيز.

الذخيرة السلوكية المنفرة.

يقــوم الفــرد خلال هذه الفئة، بسلوك يؤدي إلي عدد من النتائج الضارة والسيئة للآخرين، وتشمل أفراد هذه الفئة

الأطفال المشاكسين والعدوانيين بدرجة كبيرة جداً، أو الذين يــريدون الحصول على انتباه الآخرين attention-getting؛ والأطفــال الذيــن الاعتماديين الذين يظهرون قدراً كبيراً من الــتعلق بالآخريــن؛ والمراهقين أو الراشدين ذوي الأنشطة المضــادة للمجتمع antisocial activities أو ذوي الأشكال الأخرى من السلوك المضطرب اجتماعيا، والأنماط السلوكية المتناقضــة عــبارة عن استجابات متعلمة كرد فعل للإحباط، ولأشــكال الاستثارة الانفعالية الأخرى كما تنشأ من ملاحظة الراشدين أو نماذج الأقران الذين يزودون الطفل النامي بعينة من الفرص لملاحظة ردود أفعالهم تجاه الإحباط في المواقف المختلفة (باندورا، Bandura, 1965, p 322) وتعد التجارب التــي قام بها باندورا باستخدام الدمية " بوبو " للبرهنة على الــنموذج الــذي قام بوضعه وملاحظته لقيام الأطفال بتقليد السلوك العدواني أمثلة على هذا النوع من الذخيرة السلوكية المنفرة (باندورا ،وروس، Bandura & Ross, 1963).

أنظمة التدعيم الذاتي المتناقضة.

تــناقض المعززات الخارجية التي أظهرتها المثيرات الســابقة، هذه الفئة تحدد التنظيم الذاتي للمعززات، حيث أن الــتعزيز الذاتي قد يكون مرهوناً بالأداء الذي يدل على الحق

الشخصـــي أو الإنجاز، وتكمن أهمية مثيرات التنظيم الذاتي الإيجابـــي والســـلبي في أنها تعد من المحفزات القوية للتعلم كمـــا أنهـــا تعد من المدعمات القوية للاحتفاظ بالسلوك لدى البشر. ويعد الاكتئاب مثال جيد على هذه الرتبة من السلوك. والمشـــكلة الرئيســـية التي تواجه مخطط باندورا التقسيمي taxonomic schema تكمن في إمكانية تصنيف الأشخاص بناءً على سلوكهم (العجز السلوكي) أو العوامل المسببة له (عجز توجيه المثير) أو الحالات المستنتجة (تناقض أنظمة التدعـيم الذاتي). ولإيضاح هذه المشكلة بدرجة أكبر يعد " فإن تاريخ التعليمي للفرد قد يؤدي إلى العجز السلوكي وإلى أنماط سلوك التحاشي الاجتماعي في ظل وجود عجز المثير فـــي توجـــيه السلوك بصورة ملائمة، وأيضاً في ظل وجود التناقض القوي لنظام التعزيز الذاتي (باندورا، . Bandura, 1968, p. 334). ومن ثم فإن هذا المخطط التصنيفي لا يلتزم بمـــبدأ تصـــنيف المتغـــير المفرد؛ كما أنه يؤدي إلى تشويه قضـــية الـــتحديد الإمبيريقي للأسباب التي تؤدي إلى حدوث الـــنمط الســـلوكي، على سبيل المثال، هل يعد التعلم المفرط الســـبب الرئـــيس للاستجابة القهرية لغسيل اليد ؟ حيث أن الباحثين ليست لديهم المقدرة للتأكد من المكون السببي لهذا

السلوك، وهل هم قادرين على ذلك من خلال التعريف؟

والمشـــكلة الأكـــثر جدية التي تواجه هذا التقسيم هو كونـــه تقسيماً نظرياً، ولذلك، فإن إخضاعه لأي محاولة من محـــاولات الاختـــبار أو التدقيق في تفسيراته قد تؤدي إلي دائـــرة من الخلاف حيث أن عدم تقييم نظرية معينة لتفسير السـلوك مـن خـلال النظام الذي يستخدم إجراءات القياس يؤدي بها إلى أن تكون مجرد تخمينات نظرية، ومن ثم يجب أن تكـون نظـريات التصنيفات والقياس مشتقة من نظريات السلوك لكي تسمح بالتقييم الموضوعي لهذه النظريات.

التشخيصات البينشخصية Interpersonal Diagnosis

لقـد افـترض مكلـيمور وبينجاميـن McLemore and Benjamin (1979) تقسـيماً لسـلوك التفاعل البينشخصي بناءً على افتراضهم بوجود عدد من المظاهر المفيدة للخطط التشخيصـية السـيكاترية schemata ذات الطبيعة النفسي اجتماعية والتي عادةً ما يتم تشخيصها على أنها اضطرابات نفسـية وظيفـية "functional mental disorders" وهذه الاضـطرابات يمكـن ملاحظـتها خـلال سـلوك الـتفاعل البينشخصي، وسلوك التفاعل البينشخصي يمكن وصفه على

أنه " ما يقوم به الشخص من سلوك صريح أو غير صريح خـــلال علاقاتـــه بشخص آخر قد يعترض في بعض الأحيان علـــى مثل هذا السلوك " (ليري، Leary, 1957, p. 4) ولقد رأي مكلمـــور وبينجامين أن تقسيم التفاعل البينشخصي قد يكـــون أكـــثر أهمية في فهم وعلاج المشكلات النفسية، وقد يســـاعد أيضـــاً في التعرف على العوامل البنائية للنمو بني البشر، ومن ثم تطوير جهود الوقاية من حدوث الاضطرابات السلوكية. ولقد قام تيموثي ليري Timothy Leary بوضع مفهـــوم تشخيص لتفاعل البينشخصي في عام ١٩٥٧، وهذا الـــنظام التشخيصي يركز في حد ذاته على" ما يقوم به الفرد عـــند التقائه بالآخرين" وما ينتج عن ذلك من " تفاعلات بين الضـــغوط النفسية تجاه المستويات المختلفة للشخصية" ولقد قـــام بينجاميـــن Benjamin (1974) بتوســـيع هذا المفهوم لتطوير نموذج التصنيف الإكلينيكي للسلوك الاجتماعي الذي يعرف بنموذج التحليل البنائي للسلوك الاجتماعي analysis of social behavior (SASB) . وخلال هذا التحليل المسمي بالتحلـــيل الدائـــري المعقـــد circumplex analysis ، يـــتم اســـتخدام أشـــكال المـــاس لتدل على التفاعل البينشخصي، والذات، وintrapsychic أو ما هو لدي الآخرين تجاه الذات

introjected (شـكل رقـم ٥) والمحـاور الأفقـية على الماسـات الثلاث تشير إلى علاقات الحب مقابل الكره، بينما يشـير المحـور الرأسـي إلـي الاستقلالية إلي حد ما مع الاعتمادية الكاملة عند القمة.

وتكمـن فوائـد هـذا النموذج في قدرته على فحص التحلـيل الدائـري المعقد والتحليل العاملي ،وطرق الارتباط الذاتـي autocorrelational methods وفـي تحديد الثبات المجـرد العالي، وهذا التقسيم يؤكد من خلال الباحثين على أهمـية قـيام الشـخص (المعالج) بتقديم أفضل ما لديه من نصائح للشخص الآخر (العميل) بهدف تحسين حياة الأخير (العـلاج النفسـي الـناجح). وهذا يؤدي إلى تقييم وظيفة الـتفاعل البينشخصي، مع وجود شرط إضافي يتمثل في أن خـبرات هذا التفاعل قد تكون مكتسبة. والفرضية الرئيسية التي قد بني عليها هذا المدخل هي أن سمات شخصية عبارة عـن مكونـات تحتـية تؤدي إلى حدوث السلوك السوي أو المرضي، ومن ثم فإن الشخصية (التفاعل البينشخصي) هو علـم النفس الإنساني والسلوك الشاذ هو انعكاس للشخصية الشاذة، ولقد أيد كثير من الباحثين وجهة نظر زاز Szasz (1966) الـذي يرى من خلالها بأن الذي يجب تشخيصه هو

الســـلوك الاجتماعي وسلوك التفاعل البيشخصي فقط دون غـــيرهما مـــن السلوكيات الاخرى. ودلك لان فئات السلوك الاجتماعي هي النافذة التي يرى من خلالها الميادين الأخرى مـــن الوظـــائف المختلفة، وهناك عدد من العمليات الحرجة الأخـــرى قد تؤثر في أو تشتق من السلوك الاجتماعي، حيث يعـــتقد كثير من الباحثين بأن " موضوع السلوك الاجتماعي للشـــخص هو أحد هذه العمليات " علاوة على ذلك فإن حالة الســـلوك الاجتماعـــي "بغـــض النظر عن أسبابه أو علاقاته بالمتغيرات الأخرى يتصل بشكل مباشر بتدخلات الأخصائيين النفســـيين (المعالجين النفسيين) هل هذا الافتراض مبرر؟ هل يمكن الحكم على التشنجات اللاإرادية، والتأتأة، والخوف المرضـــي، والســـمنة، واضطراب النوم بأنها اضطرابات في الـــتفاعلات البينشخصـــية ،أو على أنها من أساليب التفاعل ســـيئة الـــتوافق؟ وعلـــى الـــرغم مـــن أن هناك العديد من الاضـــطرابات كاضطرابات الشخصية التي تعكس التفاعلات البينشخصـــية الشـــاذة، الا أن الافـــتراض القـــائل بـــأن كل الأمـــراض النفســـية تكون وظيفة لهذا المتغير مشكوك فيه. ويعد هذا الافتراض من الصعوبات الرئيسية التي تواجه هذا التصـــنيف، بالإضافة الي وجود عدد من الانتقادات الأخرى

الموجهـــة نحـــو هذا النظام، من بينها استخدامه لعدد من المصطلحات الغامضة كمصطلح التشرب introjection على سبيل المثال.

مداخل الطب النفسي Psychiatric Approaches

١ – التصـــنيف الدولي للمرض The International Classification of Disease

لقــد تــم وضع التصنيف الدولي للأمراض (آي سي دي – ٩) من أجل التوصل إلى بيانات مقارنه لمناطق عديدة من العالم عن الموت الجماعي mortality والوباء المرضي morbidity. ولقــد لعــب هــذا التصنيف دوراً رئيسياً في التوصـــل إلى هذا النوع من البيانات، وفي تطوير إجراءات تحسين الثبات والمقارنات الإحصائية المتعلقة بالأسباب التي تـــؤدي إلـــي حـــدوث المـــوت وإلى انتشار الأمراض داخل المجـــتمع الواحـــد وعلـــى الصـــعيد الدولـــي (كرامـــير، ســـارتوريوس، جابلينســـكاي وجوليـــنات، (Kramer, Sartorius, Jablensky, & Gulbinat, 1979

ويعــد هــذا التصـــنيف تصـــنيفاً إحصائياً للأمراض ولمشـــكلات الحمل، والولادة، وحالة الأم بعد عملية الوضع puerperium، والتشـــــوهات الخلقـــــية congenital

abnormalities، والأســـباب التي تؤدي اضطرابات للأجنة وموتهـــا، (الحوادث وحالات التسمم poisonings والعنف) والأعـــراض، والعلامـــات، وشـــروط تحديـــد المرض. ويتم مراجعة هذا النظام بشكلٍ مستمر حيث أدت مراجعة " تصنيف الاضـــطرابات النفســـية الواردة في " آي سي دي -٨ " إلى تنقيح هذا التصنيف كما هو في الطبعة الحالية (آي سي دي -٩)، وتشتمل هذه الطبعة على مراجعة شاملة لاضطرابات الاكتئاب والاضطرابات الذهانية العضوية، وأيضا فئات جديدة للحـــالات التـــي لم يتم تصنيفها بشكل ملائم في السابق، كما يشـــتمل علـــى فهرس للمصطلحات مرفق بالكتاب المطبوع. ومـــن الإضـــافات الأخـــرى التي ساعدت على تحسين هذه الطـــبعة لكـــي يصـــبح هذا النظام التصنيف نظاماً دولياً (١) مـــراجعة تعلـــيماته وإضافة تعليمات جديدة له. (٢) الترميز المـــتعدد. (٣) مماثلـــة الرمز في (آي سي دي -٨) و (آي ســـي دي -٩) مـــع الإشارة للاختلاف الحالات. (٤) أهمية التعلـــيمات وتضمين العوامل المؤثرة في الخدمات الصحية. (٥) الـــتقارير الموســـعة. (٦) البـــيانات الفعالـــة وأنشطة التدريـــب. ولقـــد تـــم التوصل إلى النقاط السابقة من خلال الدراسات التي قام بها كرامير وزملائه، ولكن إضافة الترميز

المـــتعدد المحـــاور الوارد في هذه الطبعة مازال بحاجة إلى مزيد من الدراسة.ولقد اشتمل "آي سي دي -٨" على " فئات مجمعـــة " للاضطرابات النفسية والجسمية معاً، ويظهر ذلك بشـــكل واضـــح خـــلال حالات التخلف العقلي والاضطرابات الذهانـــية العضـــوية، وقد تحدد الفئة الاضطراب النفسي من خـــلال ارتـــباطه بعـــدد من الحالات الجسمية المحددة، وفي مجـــالات أخـــرى، قـــد تشتمل الفئة على حالة نفسية معينة وارتـــباطها برتبة عامة من الاضطرابات السمية (على سبيل المـــثال ارتـــباط الضـــعف العقلي البسيط بالتلوث و(حدوث التســـممات) . ولقـــد تم إزالة هذه التجمعات الفئوية من آي سي دي -٩ وتم استبدالها بفئات يتم ترميزها على محورين مســـتقلين، على سبيل المثال، تنشأ حالة الذهان نتيجة وجود اضـــطراب جسمي يتم تصنيفه من خلال محورين مختلفين أحدهمـــا يشتمل على الاضطراب العقلي والآخر يشتمل على الاضـــطرابات الجســـمية. ولقد تم إخضاع النظام التصنيفي المـــتعدد المحـــاور لعـــدد كبـــير من الدراسات في المملكة المـــتحدة، وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى وجود مزيد من المعلومـــات الأكثر دقة عن المرضى (كرامير Kramer et al., 1979). كما بدأ الباحثين بإجراء عدد من التجارب حول

هذا التصنيف في أوروبا ولم تظهر نتائجها حتى الآن، ولذا يجب الانتظار حتى يتم التحقق من ثبات وصدق هذا التصنيف قبل الشروع في استخدامه. ولقد شارك العلماء الذين قاموا بصياغة (آي سي دي الـ٩) في مهمة تطوير الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي الإحصائي الإكلينيكي – الطبعة الثالثة – DSM-III ، ولذا فإنه يتوقع حدوث مزيد من التوافق بين هذين النظامين.

<u>٢-الجمعية الأمريكي للطب النفسي American Psychiatric Association</u>

<u>الدليل التشخيصي والإحصائي -الطبعة الثالثة. DSM-III</u>

لقد وجهت عدد من الانتقادات النظرية والعملية للطبعتين السابقتين عن مخططات تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية ولسوء الحظ تركزت هذه الانتقادات حول عدم موضوعية الصدق النظري في كل منهم. ولقد قام بيجيلمان Begelman (1976) بتلخيص عدد من المقالات المنشورة واشتق منها قائمة بعدد من الانتقادات الشاملة وغير المتحيزة، وتعد هذه القائمة انعكاس دقيق للصعوبات التي تواجه الطبعة الثانية من هذا التصنيف ومن بينها:

١- الاعتماد الزائد على النموذج الطبي

٢- وصـــم المشخص، وخاصة الذي يتلقي علاجاً في المستشفي

٣- وجود عدد من التصورات النظرية القابلة للنقاش

٤- الثبات والصدق غير الملائم

٥- إعطـــاء قلـــيل مـــن الاهـــتمام لمـــآل المرض، ولمواصفات العلاج، ولتنبؤ بالسلوك العام

٦- عـــدم الاهـــتمام بالعلاقـــة الإنسانية بين المعالج والعميل

٧- عدم اتساق الفئات المجمعة

٨- الانحـــياز نحـــو الاضطراب (على سبيل المثال، استخدام مصطلحات تشير إلي الشدة في عملية التشخيص "، والإشـــارة إلـــى السلوك الواضح في حالات من " الأعراض المختلطة ")

٩- التسليم بوجود تجانس بين الأفراد المتشابهين في التسمية التشخيصية.

ولقـد تـم نشر الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصـائي (DSM-III) في عام ١٩٨٠ من قبل الجمعية الأمريكـية للطـب النفسي كنظام تصنيفي تشخيصي رسمي للاضـطرابات النفسية، ولقد أصبحت هذه الطبعة أكثر تعقيداً مـن سـابقتيها (الطـبعة الثانية DSM-II والطبعة الأصلية (original DSM)، حيـث أن الإحاطـة مرتيـن بتفاصـيل الأوصاف التشخيصية الواردة في الطبعة الثانية قد أدى إلي الحـرص علـى أن تشـتمل الطـبعة الثالـثة على الحالات الإكلينيكـية إذا تم تحديدها وتمييزها بوضوح، كما تم تطوير هـذه الطـبعة لتعكس الحالة الراهنة للتعرف على خصائص الاضـطرابات النفسـية مـن خـلال (١) التواصل الواضح والمختصـر بين المتخصصين لتسهيل عملية التعرف بشكل متخصـص (٢) وضـع دلـيل للأنواع المختلفة السائدة من العـلاج (٣) إعطـاء معلومات حول نتائج استخدام أو عدم اسـتخدام العـلاج (٤) جدوى المعلومات الحالية التي تدور حـول معـرفة أسباب حدوث الاضطراب النفسي، والعوامل السيكوفسـيولوجية psychophysiology؛ (٥) عقـد المؤتمـرات الموسـعة والشاملة لبحث حاجات المتخصصين والباحثيـن فـي مجال الاضطرابات النفسية (شاتشت وناثان

.(Schacht & Nathan, 1977

ومما سبق ذكره يتضح لنا أن هذه الطبعة قد اشتملت علـــى تصـــحيح عـــدد مـــن المشكلات الموجودة في الطبعة الثانـــية، وذلك لأن هذه الطبعة لم تتأثر كثيراً بأي توجه من التوجهات النظرية الحالية فيما عدا الافتراض القائل السلوك الشاذ هو المرض، وثانياً يبدو أن اللغة المستخدمة تعد أكثر إجرائـــية، كما أن المعايير المحددة يجب مطابقتها قبل إطلاق أي مسمي على الفرد المشخص. والمظهر الأخير يؤدي إلى إيجـــاد فئات أكثر تجانسا وهذا يعد مفيداً في إزالة فئات الحد الفاصل.

والشئ الجديد المبتكر والرئيسي في الطبعة الثالثة من الدلـــيل الإحصـــائي التشخيصـــي يكمـــن في أن التشخيص التصـــنيفي للاضـــطرابات النفســـية يستخدم خمسة أبعاد (محـــاور)، تـــم وضعها لاستيعاب قيم تخطيط العلاج والتنبؤ بالنـــتائج، وأيضـــاً فـــي وضـــع الفئات والتصنيف (شاتشت وناثـــان، Schacht & Nathan, 1977)، ولقـــد تـــم توزيع المحاور الخمسة على النحو التالي:

المحـــور الأول :Axis I ويســـمي بمحور الأعراض

المرضـــية للاضـــطرابات النفسية وبعض الحالات الأخرى، ويســـتخدم هـــذا المحـــور فـــي التعرف على أنماط السلوك المرتبطة بالحالات الشاذة كالاكتئاب أو الفصام.

المحـــور الثاني: Axis II ويسمي بمحور اضطرابات الشخصـــية والاضـــطرابات النوعـــية للـــنمو، وهذا المحور يستخدم في التعرف على اضطرابات الشخصية لدي البالغين والاضـــطرابات النوعـــية للـــنمو، مثل صعوبات التعلم لدى الأطفال والمراهقين.

المحـــور الثالـــث-Axis III: وهو محور الاضطرابات الجســـمية، حيث يتم تسجيل الفرد على هذا المحور إذا كان لديه بعض الاضطرابات الجسمية .

المحور الرابع: Axis IV ويمثل شدة الضغوط النفسية الاجتماعـــية، ويستخدم هذا المحور التعرف على شدة درجة الضغوط stressors التي قد تؤدي إلى ظهور نمط معين من الســـلوك شاذ: وتشتمل هذه الضغوط على الضغوط الوالدية، أو الضـــغوط الـــناتجة عن العلاقة بين الزوجين، أو ضغوط العمـــل، أو الضـــغوط الـــناتجة عن المشكلات القانونية، أو ضـــغوط النمو، والضغوط الناتجة عن وقوع الكوارث البيئية

أو الطبيعـــية الأخرى؛ والضغوط العائلية؛ وحدوث الأمراض أو الإصابات الجسمية، والأحداث الضاغطة المشابهة التي قد تـــؤدي إلـــى عـــرقلة السلوك. ويتم تقدير هذه الضغوط عن طـــريق عدد من المصطلحات التي تعبر عن شدتها باستخدام مقياس متدرج مكون من سبع نقاط.

المحـــور الخامس Axis V: ويسمي بمحور المستوى الأعلـــى مـــن التكـــيف الوظيفـــي (خلال العام الماضي)، ويســـتخدم هـــذا المحور لتقييم درجة التغيير في حياة الفرد خـــلال العـــام الماضـــي، حيث يتم تقييم وظائف التكيف عن طـــريق الاستعانة بعدد من المصطلحات تدور حول العلاقات الاجتماعـــية، والوظـــائف المهنـــية، واســـتخدام أوقـــات الراحة،باســـتخدام مقياس متدرج مكون من سبع نقاط. هذا النظام المتعدد المحاور يستخدم قاعدة تصنيفية واحدة تعتمد علي كل محور، وهو بذلك يزيل جزئياً التداخل الذي قد يحدث بين العوامل المسببة للسلوك المرضي ووصف هذا السلوك، علـــى ســـبيل المثال، يخصص كل من المحور الأول والثاني لتصـــنيفات الاضـــطرابات النفســـية، بينما يخصص المحور الثالث والرابع للعوامل البيئية، والجسمية والعوامل السببية الأخـــر التـــي تؤدي إلى حدوث هذه الاضطرابات. كما يؤدي

المحور الثالث إلى تحديد ما إذا كان السلوك المرضي يرتبط بالاضـطرابات الجسـمية أم لا، بيـنما يعطي المحور الرابع الفرصـة للإكلينيكيين لكي يحددوا مقدار التدهور الحادث في عملـية التوافق لدي الشخص المضطرب. ولقد أشارت نتائج الدراسـات التـي أجريـت على ثبات المقدرين interrater باسـتخدام الطبعتيـن السـابقتين مـن الدلـيل الإحصـائي التشخيصي إلى انخفاض الاتفاق بينهما في عملية التشخيص فـي حين أظهرت الطبعة الثالثة DSM-III قدراً ملحوظاً من التحسـن فـي هـذه العملية، حيث أظهرت المرحلة الأولى لفحـص مدى دقة هذه الطبعة، أن معامل كابا kappa الكلى للاتفـاق علـى تشـخيص مـن ٢٨١ شخص من المرضي البالغيـن باسـتخدام المحور الأول قد بلغ ٠,٧٨ للمقابلات المشـتركة و٠,٦٦ للتشخيصـات التـي تمت بعد المقابلات المنفصـلة، وتـراوح هـذا المعـامل بين ٠,٦١ ، ٠,٥٤ باستخدام المحور الثاني، ولقد أشار (سبيزير، فورمان ونـي (Spitzer, Forman, & Nee, 1979 إلـي وجـود الارتفـاع الملحـوظ في ثبات المقدرين باستخدام DSM III بشكل عام عـن الثبات الذي تم التوصل إليه من قبل باستخدام DSM, DSM III وقـد يـرجع هذا الارتفاع إلى التغيير الحادث في

نظـــام التصـــنيف ذاتـــه، حيث تم الفصل بين المحور الأول والثانـــي، كما تم وصف الاضطرابات المتنوعة بصورة أكثر تنظـــيماً، واشتماله على معايير التشخيص. وخلال المرحلة الثانـــية مـــن التقيـــيم (ســـبيزير وفورمـــان، Spitzer & Forman, 1979)، أشـــارت نتائج الدراسة التي أجريت على ثبات تشخيص المحور الأول والثاني لعينة من المرضي بلغ عددها ٢٨١ مريض ممن تم ملاحظتهم خلال المرحلة الأولي مـــن تقيـــيم ال DSM-III إلـــي أن معاملات كاناب kappa للاتفـــاق بالنســـبة للمحور الرابع قد بلغت ٠,٦٢ للمقابلات المشـــتركة والمقـــابلات المـــنفردة، كمـــا بلغ معامل الاتفاق للمحور الخامس قد بلغت ٠,٨٠ للمقابلات المشتركة، ٠,٥٨ للمقـــابلات المنفصـــلة، وبسؤال الإكلينيكيين المشاركين في تقيـــيم النظام المتعدد المحاور، أشار ٨١% منهم إلي أن هذا الـــنظام يعد مفيدة إلى التقييم التشخيصي الكلاسيكي، إلا أن المشـــكلة الرئيســـية التي نوه إليها هؤلاء الإكلينيكيين كانت تتمـــثل في الصعوبة التي تواجههم عند قيامهم بتحديد شدة الضغوط النفسية الاجتماعية.

وقـــد تســـتمر المناقشات بين المتخصصين في مجال الصحة النفسية حول DSM-III لبعض الوقت، فالأخصائيين

النفسيين، على سبيل المثال، لم يكونوا معنيين بدرجة كبيرة في تطوير هذه الطبعة، وباعتبار أن الأخصائيين النفسانيين أشخاصاً متخصصين في المجال فلقد تم سماع صوتهم مؤخراً (شاتشت وناثان، Schacht & Nathan, 1977)

ولقد أشار شاتشت وناثان Schacht and Nathan (1977) إلى أن البساطة الواضحة لل DSM-III تدحض الآراء القائلة بتعقد عملية وضع الفئات والتصنيف، ولتحسين ثبات التصنيف، تم اختيار فئات بسيطة نسبياً في أل DSM-III. ومن ثم قد يكون التشخيص المتعدد المحاور للحالات المعقدة مضللاً إلي حد ما، هذا بالإضافة إلى أن ثبات المحور الرابع والخامس مازال موضع نقاش، فعلى سبيل المثال، لم يظهر الإجماع المفترض من قبل الإكلينيكيين لتقديرات الضغوط على المحور الرابع، كما لا توجد معايير موضوعية للمقاس المتدرج الذي يشير إلى أعلى مستوي من التكيف الوظيفي للفرد على المحور الخامس كما أن قضية اختيار المتغيرات البيئية (بما في ذلك متغيرات الحالة الاجتماعية والاقتصادية، والمتغيرات العرقية ومتغيرات البيئة ثقافية) المرتبة بمستوى التوافق الوظيفي لم يتم توضحها بعد على الرغم من أن المحاور الخمسة قد تم

اختـــيارها لكـــي تـــوازن بين الناحية العملية workability والشمولية comprehensiveness .

ولقـــد رأى شاتشت ناثان بضرورة إضافة محور آخر يتضمن الاستجابة للعلاج لهذا المخطط التصنيفي، ولقد لاقت هـــذه الفكرة مساندة تجريبية من التراث السيكولوجي، حيث أشـــارت نتائج الدراسات إلى وجود عدد من القيود علي ال DSM-III عـــند إيجـــاد العلاقـــة بيـــن التشخيص والعلاج (كاراســـو وسكودول، Karasu & Skodol, 1980) ، ولقد اقـــترح هـــؤلاء الباحثون أيضا بأن إضافة المحور السادس ســـوف يصـــف-استجابة الفرد للعلاج وهذا سيؤدى إلى سد العجز الموجود في النظام الحالي.

ولقـــد تســـاءل شاتشـــت وناثـــان أيضا عن "الطبيعة الإجرائـــية لمعايـــير التشخيص في أل DSM-III، واقترحوا بضرورة قيام الإكلينيكي باستخدام كل المعايير حتى في حالة عـــدم وجـــود معلومات كافية لديهم تدل على انطباق بعض المعايـــير علـــى الحالـــة التي يتم تشخيصها، حيث أن الحكم الإكلينيكـــي هو الشرط الذي يؤدي إلى تحرر الإكلينيكي من المسؤولية التشخيصية، واقتراح معيار إضافي، بدمج مدخل أوزان مكونـــات التشخيص المتعددة، قد يبرز أهمية البيانات

الخاطئة التي قد نقع فيها عند التشخيص، ولقد لاحظ هؤلاء الباحــثون بــأن عدم تعريف السلوك، والشروط التوضيحية للمفهوم العام لسلوك الاضطرابات النفسية كفئات فرعية من الاضــطرابات الجســمية يعــد تشويشــاً إلــى حد بعيد عند اســتخدامها كحدود أساسية في النظام التصنيفي التشخيصي بدون وجود بعض التوضيحات الإضافية لضبط ما يشمله وما لا يشمله تعريف السلوك. على سبيل المثال، الجزئيات الذرية " الســلوكية"، كما أنه ما زال الاعتماد على النموذج الطبي، ومــا زلــت الــنظرة إلي الاضطرابات النفسية على أنها فئة فرعــية للاضــطرابات الطبية مستمرة، وهذا عادةً ما يكون على حساب الحكم الدقيق.

وهــناك انــتقاد آخــر موجــه نحــو مظهر التسمية labeling والتأثــيرات الجينوطبــية iatrogenic التي مازلت بحاجة إلى المعالجة خلال الطبعة الثالثة من الدليل الإحصائي التشخيصي (شاتشت وناثان، Schacht & Nathan, 1977) فعلــى ســبيل المثال، يعد استخدام معايير التشخيص الفارق المستند على جنس المريض أسهل لتشخيص حالة الهستيريا لــدى الإنـــاث عنها في حالة الذكور، وبشكل عام ينظر إلي الســيكولوجيين الذين يستعينون بهذا الدليل نظرة سيئة على

المستوى السياسي؛ إذ يستنتج المشرعين بأن كل هذه الحالات عبارة عن "اضطرابات طبية" ويجب تقييمها أولاً قبل الأطباء، الذين يقررون بما إذا كان سوف يقوموا هم أنفسهم بعلاجهم أم من قبل متخصصين في مجال الصحة النفسية.

ولقد سبق لزوبن Zubin (1977) أن تنبأ بالعديد من هذه الانتقادات، حيث لاحظ بأنه على الرغم من الثوابت العلمية والثبات المطلق إلى حد ما في اختيار عند وضع هذه الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي الإكلينيكي إلا أنها زالت تهتم بفرضية النموذج الطبي غير المهمة في تشخيص الاضطرابات النفسية، كما رأى أن صدق هذا النظام مازال مجهولاً، وأن المظاهر السببية تستند على مشاهدات سطحية، وعلى أسباب تخمينية لعوامل تحتية ،وعلى الرغم من ذلك رأى زوبن أن هذه الطبعة تعد أكثر صدقاً من الطبعتين السابقين، كما توصل إلى أن هذا التصنيف يعتبر تصنيفاً أولياً،وهو موضع فحص وتمحيص حتى ثبت الاختبارات التجريبية التي تجرى عليه مدى أهميته وجدواه، ولابد من تجريبه في تشخيص الفئات غير المحددة بهدف التحقق من مدي صدق هذه الفئات، كما اقترح زوبن تشكيل لجنة مكونة من عدد من المتخصصين في عدد من المجالات

العلمية المرتبطة بعملية التقسيم كالمؤرخين، والمتخصصين فـــي فلســفة العلوم، وعلماء الاجتماع، والأنثروبولوجيين، والأخصـــائيين الاجتماعييــن، وأيضـــا المتخصصين في علم الوبائـــيات epidemiologists والأخصـــائيين النفســـيين، والأطــباء النفسيين، والعاملين في مجال التمريض النفسي، وأعضـــاء آخرين من المتخصصين في مجال الصحة للحكم علـــى مـــدى ملائمـــة هذا التصنيف لتشخيص الاضطرابات النفسية.

وأخـــيرا، هـــناك انـــتقاد آخر موجه إلى هذه الطبعة يتضـــمن الخلط الذي قد يحدث عند استخدام كل من المحور الأول، فعلـــى أي أســـاس يـــتم تشخيص بعض الاضطرابات النمائية المحددة (كالعجز في القراءة reading disability) فـــي مـــرحلة الطفولـــة بينما يتم تشخيص بعض اضطرابات الشخصـــية (كالشخصـــية المضـــادة للمجتمع) في مرحلة الـــبلوغ. فحـــتى الآن، مازالت اضطرابات الشخصية مرتبطة بمـــرحلة المـــراهقة، واضطرابات صعوبات التعلم لا يستمر حدوثهـــا فـــي سن الرشد، فتسمية الفرد على المحور الثاني قـــبل أن يصـــل الثامنة عشر من عمره وعلى المحور الثاني بعـــد أن يصل هذا السن قد يسبب خلطاً كبيراً، وفي الحقيقة،

يعد استخدام العمر أو المراحل النمائية في عملية التشخيص قــد يؤدي إلى تجاهل قاعدة التقسيم التي تؤكد على ضرورة اســتخدام قــاعدة التقســيم المفرد في التصنيف (أدامس، Adams, 1980).

M.D., and Jerome C. Wakefield, D.S.W. DSM-IV ~~Diagnostic~~ Criterion for Clinical Robert L. Spitzer, Significance: Does It Help Solve the False Positives Problem?

التغــير الجوهــري في الدليل التشخيصي الإكلينيكي الطــبعة الــرابعة تشــتمل فــي معظمها على نصف معايير التشــخيص المتــنوعة للمعايير ذات الدلالة الإكلينيكية التي تعــالج أســباب الأعــراض "الدلالات-الإكلينيكية للضغوط أو العجز في مجال العلاقات الاجتماعية أو المهنية أو العجز في المجالات الوظيفية الأخرى

الفصل السادس

أدوات التشخيص

الفصل السادس

أدوات التشخيص

نماذج من المقاييس

مقاييس الذكاء

مقدمة فى تعريف الذكاء :

تتشـــابة مشكلات تعريف الذكاء فى علم النفس مع مشكلات تعريف الطاقة أو الوقت فى علم الطبيعة أو الحياة فـــى علـــم الأحـــياء ، فنحن نعرفها عن طريق آثارها أو خصائصـــها دون أن نســـتطيع رؤيتها أو لمسها . والذكاء تكويـــن أو مركب مجرد فنحن لا نستطيع تعريف ما هو ، ولكـــن نســـتطيع تحديد ما يتضمنه وما يميزة . وعلى هذا الـــنحو تعددت وتنوعت تعاريف الذكاء : القدرة على التعلم أو القـــدرة على التكيف أو المواءمة مع الواقف الجديدة ، أو القـــدرة علـــى تبيـــن العلاقات الخ .. وسوف نجد فى عرضنا لمختلف اختبارات الذكاء أن التعريف قد يختلف من اختبار لآخر إلى الحد الذى دعا البعض إلى تعريف الذكاء بأنه هو ما يقيسة اختبار الذكاء !

وقـــد كـــان أ.ل . ثورنديك أول من ندى بفكرة قياس الذكاء على أنه أساسا تقييم كمى للانتاج العقلى وامتاز هذا الانـــتاج وســـرعته .وكان ثورنديك يقسم الذكاء إلى ثلاثة أنواع : المجرد أو اللفظى الذى يتمثل فى سهولة استخدام الرموز ، الذكاء العملى الذى يتضمن سهولة تناول الاشياء والذكاء الاجتماعى الذى يتضمن سهولة التعامل مع الناس ويميز هذا التقسيم بين المضمون (ما الذى يمكن للشخص أن يفعله ؟)

والوظيفة (كيف يمكن للشخص أن يفعله ؟) ، وهو تمييز تبرره نتائج الدراسات التجريبية .

وقد قدم عالم النفس الانجليزى سبيرمان منذ أكثر من خمسين عاما ، نظريته التى توصل إليها باستخدام التحليل العـــاملى ، والـــتى تفـــترض أن كل القدرات العقلية يمكن التعبـــير عـــنها بوصـــف أنها تعبير عن عاملين : أحدهما عـــام general (g) بيـــن كل القدرات ، والآخر خاص (s) specific بـــالقدرة المعيـــنة ، ويختلف فى كل الحالات عن العوامـــل الخاصـــة بالقدرات الاخرى ، وذلك هو ما يسمى بنظرية سبيرمان أو نظرية العاملين ، فإذا وجد ارتباط بين

أى وظيفتيـــن ، ينسب هذا الارتباط إلى العامل العام ، كما أنـــه كلمـــا زاد تشـــبع هاتيـــن الوظيفتين بالعامل العام ، زاد رتـــباطهما ، وبـــالعكس ، فإن وجود العوامل الخاصة يقلـــل من الارتباط بين والوظيفتين ، وبالعكس فإن وجود العوامـــل الخاصـــة يقلل من الارتباط بين الوظيفتين وعلى هـــذا الاســـاس اقترح سبيرمان الاكتفاء باختبار واحد فى العلاقـــات المجردة ، ليحل محل الخليط غير المتجانس من الفقـــرات ، لقياس الذكاء العام ومن أمثلة الاختبارات التى أعـــدت لقـــياس العامل العام اختبار المصفوفات المتتابعة الذى أعده رافين فى انجلترا .

وقـــد أدرك ســـبيرمان منذ البداية ، ثم نتيجة لبحوث تلامـــيذه أن نظرية العاملين لا تكفى لتفسير كل الحقائق ، ومنها أنه حيث تتشابه المناشط ، فأننا نحصل على درجة معيـــنة من الترابط ، أكثر مما يمكن تفسيرها على أساس العـــامل العام وعلى ذلك فإنه قد تكون هناك فئة ثالثة من العوامـــل وسط بين العاملين فلا هى عامة تدخل فى سائر العملـــيات العقلية ولا هى فرعية يقتصر فعلها على عملية خاصـــة وهـــذه هـــى العوامل التى تسمى اليوم " العوامل

الطائفية " وقد أورد سبيرمان منها العوامل الحسابية والميكانيكية واللغوية .

وقد قدم طومسون نظريته المعروفة باسم " نظرية العينات " sampling theory ويفترض فيها وجود عدد كبير من العناصر المستقلة (نيورونات أو وصلات أو رابطة بين مثير واستجابة) ويتكون كل نشاط عقلى من عينة محددة من هذه الوحدات . ويؤدى التداخل بين العينات المختلفة إلى ارتباط أوجه النشاط العقلى وبذلك يمكن تفسير كل من العامل العام والعوامل الطائفية والعوامل الخاصة . وسوف نعود إلى مناقشة موضوع التقارب بين نظريات التنظيم المعرفى فى فصل تال .

العوامل غير المعرفية فى الذكاء :

وثمة كشف آخر له دلالته فى بحوث الكساندر ، وهو أن هناك عوامل أخرى بالاضافة إلى العوامل الفكرية أو المعرفية الخاصة ، فهناك قدر كبير من تباين الارتباطات يصعب تفسيره وقد أطلق الكساندر على هذه العوامل x ، z وهى تشمل اهتمام المفحوص بأداء الاختبار ، ورغبته وحماسة للنجاح ومثابرته على الأداء ، وهى عوامل قد

نصـــفها بأنهـــا عوامـــل مزاجية أو شخصية ، ولكن لها دورها الهام فى كل مقياس للذكاء . وتلك هى العوامل التى يطلق عليها وكسلر: العوامل غير المعرفية أو غير الفكرية فى الذكاء العام ١: مقياس ستانفورد - بينية للذكاء

وهو من أكثر اختبارات الذكاء " العام " شهرة وأوسعها اســتخداما بل أن مهمة الاخصائى النفسى الاكلينيكى كانت إلى زمن غير بعيد تعرف بأنها تطبق مقياس ستانفورد - بينـــية للذكـــاء كمـــا أن المقياس نفسة كان يستخدم محكا لصدق المقاييس الأخرى .

وقـــد بدأ تاريخ المقياس محاولات بينية وسيمون فى فرنســـا ثـــم عكـــف ترمان وتلامذته فى جامعة ستانفورد بكاليفورنـــيا علـــى مراجعة المقياس واعداده بحيث يصلح للاستخدام فى البيئة الامريكية وأدخلت أول مراجعة ظهرت عـــام ١٩١٦ عـــدة تعديـــلات علـــى المقياس الفرنسى ، وظهرت المراجعة الثانية تحت اشراف ترمان وزميلته فى جامعـــة ســـتانفورد ، الدكـــتورة ميريل ، عام ١٩٣٧ من صورتين ل،م‌ء امتد كل منهما إلى مدى عمرى أوسع ، كما أعـــيد تقنيـــن المقـــياس على عينة أصدق تمثيلا للمجتمع الأمـــريكى . وأخيرا ، ظهرت المراجعة الثالثة عام ١٩٦٠

فى صورة واحدة ل- م تشمل أحسن ما فى الصورتين ل ، م من فقرات ، وبصورة أمكن معها التخلص من الفقرات الـــتى تخـــتلف مضـــمونها عـــن ملاحقة التقدم الحضارى والتكـــنولوجى ، فضلا عن مراجعة تصنيف الفقرات حسي مســـتوى صـــعوبتها . وتقـــل خطورة عدم وجود صورة متكافئة فى مراجعة ١٩٦٠ ، نتيجة توافر اختبارات فردية أخـــرى لم تكن متوافرة عند صدور مراجعة ١٩٣٧ . وقد راعى المؤلفان فى اعدادهما للمقياس اختيار الفقرات التى تـــتوافر لهـــا القـــدرة على استثمارة الاهتمام ، فضلا عن قدرتهـــا علـــى التميـــيز بين الأعمار المختلفة ، والاتساق الداخلـــى ، والاقلال من الفروق بين الجنسين ، أو توزيع الفقـــرات بصـــورة لا تمايـــز فيها لأى من الجنسين على حساب الآخر .

وقـــد اقتبســـت مراجعة ١٩١٦ إلى الكثير من لغات العالم وفى مصر قام الاستاذ إسماعيل القبانى عام ١٩٣٧ ، بـــنقل المقـــياس إلـــى العربـــية مـــع إدخال التعديلات الضـــرورية عليه لجعله ملائما للبيئة المصرية . وقد أعد الأســـتاذ القـــبانى كراسة تسجيل الاجابات ، كما أعد أربع قوائـــم للمفردات . ولكن لم يقدر لهذه الترجمة مع الأسف

أن تطبق على نطاق واسع ، وفى عام ١٩٥٦ صدرت النسخة العربية للصورة " ل " من مراجعة ١٩٣٧ والتى قام باقتباسها الدكتوران محمد عبد السلام أحمد ولويس كامل مليكة : وقد روعى فيها أن تكون مواد المقياس من ألفاظ ومعان وصور وأدوات وغيرها ، وثيقة الصلة فى الوقت نفسه ، على أن تكون هذه املواد متكافئة قدر الأمكان مع مواد المقياس الأمريكى ، من حيث النوع ومستوى الصعوبة ، وذلك حتى يتيسر القيام بدراسات مقارنة والافادة من البحوث والدراسات العديدة التى أجريت على المقياس الأمريكى .

وقد قام الباحثان بتجارب مبدئية لاختبار صلاحية مواد القياس وأدخلا فيه من التعديلات ما دعت الضرورة إليه ، فتوفر للفاحص جهاز محلى كامل موحد للمقياس ، كما قاما باعداد كراسة تسجيل الاجابة وكراسة التعليمات .

النسخة العربية من الصورة " ل " فى مراجعة ١٩٣٧ :

وسوف نقتصر فى الفقرات التالية على وصف هذه النسخة نظرا لأنها النسخة المتوفرة حاليا باللغة العربية .

يـــتكون المقياس من ١٢٩ اختبارا ، ويتكون بعض هذه الاختبارات من عدد من الفقرات ، وتتوزع الاختبارات علـــى عشــرين مستوى من مستويات السن . ويقدر كل مستوى تحت سن ٥ بستة شهور ، ويقدر كل مستوى من ٥ إلـــى ١٤ سنة بعام واحد ، بينما توجد أربعة مستويات للراشـــد فـــوق سن ١٤ وهى : الراشد المتوسط ، الراشد المتفوق I ، الراشد المتفوق II ، والراشد المتفوق III . ويشـــتمل علـــى ثمانـــية اختـــبارات كما أنه يوجد اختبار احتـــياطى لكـــل من المستويات العمرية السبعة الصغرى . وتـــتعدد وتتنوع مواد هذه الاختبارات بصورة يصعب معها تصـــنيفها ، إلا أن تصـــنيف بوريتوس لهذه المواد يعتبر أكثرها فائدة وهو يشتمل على الفئات التالية:

(١)الذاكرة مثل إعادة الأرقام والجمل وتسمية الأشياء من الذاكرة وفقرات من قصة أو خبر أو صور أو رسوم ، (٢) التحصـــيل المدرســـى فى الحساب والقراءة ، (٣) القدرة اللفظـــية المفردات والفهم اللفظى والتعبير اللفظى والسجع والاســـتدلال اللفظى والتصنيف اللفظى وتداعى الكلمات ،

(٤) المعلومات العامة وفهم المواقف العملية وتشمل هذه الفـــئة المتشـــابهات وتفســـير الصـــور والســـخافات المصورة والمقارنات الجمالية الخ الحكم العملي والقدرات العملـــية ، وهى اختبارات للمهارات الأدائية مثل اختبارات الرسم و لوحات الأشكال والبراعة .

ويلاحظ أن الاختبارت فى الأعمار الصغرى يغلب عليها الطـــابع غـــير اللفظـــى بيـــنما يغلب الطابع اللفظى على الاختبارات فى الأعمار العليا . ويتفق ذلك مع تقدير ترمان ومـــيريل للقدرة اللفظية بوصفها أكثر القدرات تمييزا بين الأفراد فى الأعمار العليا ، وأن الذكاء يمكن تقديره بأفضل صـــورة عـــن طريق مجسات للاختبار فى عدد من النقاط الحرجة .

تطبيق المقياس :

ويلاحـــظ أيضـــا أن المفحوص الواحد يغلب أن يقتصر أداؤه علـــى مدى عمرى محدود فى المقياس ، فيبدأ الاختبار فـــى مستوى يحتمل أن يجتازه المفحوص بشئ من الجهد . وتؤخذ فى الاعتبار عند تحديد نقطة البداية عدة عوامل منها : العمـــر الزمـــنى والفـــرقة الدراســـية والسلوك العام وأى معلومـــات أخرى قد تكون متوفرة . وفى حالة المفحوصين

الذيــن يمكن افتراض أنهم متوسطون فى الذكاء ، قد يكون مناســبا الابــتداء بمجموعــة الاختبارات فى السن التى تقل مباشرة عن العمر الزمنى للمفحوص .

فــإذا فشل المفحوص فى أى اختبار من اختبارات تلك السن فإنــه يعطــى الاختبارات فى مجموعة السن التى تسبقها ، وهكــذا إلــى أن يــنجح المفحــوص فى الاجابة عن جميع الاختــبارات فــى سن ما ، فتعتبر هذه السن العمر القاعدى للمفحــوص . وبنفس الأسلوب ، يستمر الاختبار فى الأعمار الأعلــى إلــى أن يصــل المفحوص إلى سن يفشل فى جمع اختــباراتها . وعلى هذا فإنه يمكن القول بأن المفحوص قد أعطــى كل المقياس ، ولو أنه فى الواقع قد أعطى فقط ذلك الجزء الذى يقع بين الحدين الأعلى والأدنى لقدرته .

وقــد يحــدث أحــيانا أن يــنجح المفحــوص فى جمع الاختــبارات فــى مستوى سن أعلى من مستوى السن التى فشــل فيها أول مرة ، كما أنه قد يحدث أن ينجح فى بعض اختــبارات ســن تلى السن التى فشل فى جميع اختباراتها . وفى حساب العمر العقلى ، يؤخذ فى الاعتبار كل نجاح وكل فشــل ، بما فى ذلك أى فشل قد يمكن أن يحدث فى سن أقل

مــن العمــر القاعدى وأى نجاح قد يحدث بعد أول سن قد يفشل المفحوص فى كل اختباراتها .

وبالرغم من اصرار ترمان وميريل على ضرورة مراعاة الترتيــب الــوارد فــى التعليمات فى تطبيق المقياس إلا أن الــبعض مــثل هــت يوصى بترتيب الاختبارات بحيث تحقق أقصــى دافــع لدى المفحوص للاستجابة ، فيبدأ بالاختبارات بحيــث تحقق أقصى دافع لدى المفحوص للاستجابة ، فيبدا بالاختــبارات الاســهل ، ويطبق الأسهل والأصعب بالتبادل ، ويطــبق الاختــبارات المتسلســلة مثل المفردات فى مرحلة مــبكرة بعــد " التســخين " بقصد التوصل إلى الحد الأقصى والقــاعدى فى مرحلة مبكرة ، ولا يطبق اختبار خارج هذين الحديــن فــى حالة المفحوصين المضطربين انفعاليا والذين يحبطهم الفشل .

ومــن الممكن الاكتفاء باختبارات " المقياس المختصر" إذا لــم يتســع الوقــت لاعطــاء المقياس الكامل . ويتكون المقــياس المختصــر من اختبارات معينة فى كل عمر وهى الاختــبارات التى ترسم بجانب كل منها علامة(*) وفى هذه الحالة ، يوزع التقدير الكلى للمقياس الكامل فى كل سن على اختــبارات المقــياس المختصــر لهــذه الســن . وتستخدم

الاختبارات الاحتياطية إذا لم يتيسر تطبيق اختبار أصلى فى الأعمـــار الصـــغيرة . أما فى غيرها من الاعمار فإنه يجب تقســـيم الـــتقدير المخصـــص للمســـتوى على عدد الأسئلة الصالحة بالتساوى ، وتشير البحوث إلى وجود ارتباط مرتفع بين المقياسين الكامل والمختصر ، مع وجود نزعة لانخفاض متوســـط نســـبة الذكـــاء على المقياس المختصر عنها على المقياس الكامل .

ويتوقف تفضيل أحد المقياسين على الآخر على عدة ظروف مـــثل الغـــرض من تطبيق المقياس ، وأهمية عنصر توفير الوقـــت . فمـــثلا يفضـــل استخدام المقياس الكامل فى حالة اســـتخدامه لـــتقرير ادخـــال مفحوص إلى مؤسسة لضعاف العقول .

تصحيح المقياس :

أعد عبد السلام ومليكة نماذج تصحيح راعيا أن تكون موضـــوعية وواضـــحة إلـــى أبعد حد ممكن دون تضحية بـــالفوائد النوعية لطريقة الاختبار الفردى وذلك من واقع اجابـــات الأفـــراد فـــى البيئة المحلية ، فيما عدا عدد من الاختبارات التى لم يكتشفا فى اجابات أفراد العينات المحلية

اختلافا كبيرا فيها عن النماذج الواردة فى المعايير الأمريكية .

ولم يتيسر بعد تقنين الصورة العربية فى المجتمع المحلى ، إلا أن الصورة الأسريكية هدفت إلى التحكم فى توزيع الاختبارات على مدى الاعمار المختلفة ، بحيث تؤدى إلى متوسط نسبة ذكاء حوالى ١٠٠ فى كل مستويات العمر . ولتحقيق هذا الهدف ، اختيرت عينة من حوالى ٣٠٠٠ فرد ممثلة للأمريكيين البيض من حيث التوزيع الجغرافى ، وتمثيل كل من الريف والحضر والمستويات التعليمية والمهنية ، وقد طبقت كل من العينة كل من الصورتين ل ، م بالتبادل وعلى فترات زمنية قصيرة . وكانت فقرات المقياس قد اختبرت على عينات من أفراد توفرت أعمارهم العقلية فى مقياس عام ١٩١٦ ولكن لم يستخدم هؤلاء الأفراد فى عينة التقنين النهائى وقد روعى توافر الشروط التالية فى اختيار الفقرات :

(١) الصدق على أساس محكمين هما : الزيادة فى نسبة من يجتازون الفقرة من عمر زمنى (أو عقلى) إلى عمر آخر ، ووزن يقدر على أساس نسبة الفرق إلى الخطأ المعيارى للفرق بين متوسط العمر (أو العمر العقلى)

للافراد الذين يجتازون الاختبار وأولئك الذين يفشلون فيه (٢) سهولة وموضوعية التصحيح . (٣) اعتبارات عملية مثل الزمن الذى يستغرقه تطبيق الفقرة ودرجة استثارتها للاهتمام وضرورة التنويع ، الخ .. ومن الواضح أن تقنين مـــثل هذا النوع من المقاييس العمرية يتطلب جهدا خارقا ومراجعات عديدة للوفاء بهذه الشروط .

ولحســـاب العمـــر العقلى ، يضاف إلى العمر القاعدى الـــوزن المقـــرر عـــن كل اختبار ينجح فيه المفحوص ثم تحسب نسبة الذكاء وهى تعادل نسبة العمر العقلى (ع.ع.) إلـــى العمـــر الزمـــنى (ع.ز) . وإذا كـــان العمر الزمنى للمفحـــوص بين ١٣ ، ١٦ سنة ، ٦فأنه يجب تعديل العمر الزمـــنى للمفحـــوص ١٦ أو أكـــثر فإنه يجب تعديل العمر الزمـــنى باضافة ثلثى الشهور الاضافية بعد سن ١٣ وإذا كان العمر الزمنى للمفحوص ١٦ أو أكثر فإنه يحسب ١٥ وهـــو أعلـــى عمر زمنى يمكن أن يدخل فى حساب نسبة الذكاء .

وإذا كان العمر العقلى هو المؤشر الاساسى للذكاء أى يدلـــنا علـــى أن قـــدرة المفحوص تعادل القدرة المتوسطة للافـــراد فـــى الســـن المغين ، فإن نسبة الذكاء تشير إلى

موقعه بالمقارنة لأقرانه من نفس عمره الزمنى والتعديل الـذى يجـرى فـى حسـاب العمـر الزمـنى للمفحوص بيـن ١٣،١٦ سـنة هو وسيلة يتطلبها واقع التدهور فى الأداء علـى المقياس ، أى تختلف تزايد العمر العقلى عن العمـر الزمنى فى الأعمار فوق ١٣ ويقرر ترمان وميريل أن الأعمـار العقلـية فوق سن ١٣ ، لا يكون مع وسيط الأداء لمجموعة غير منتقاة من المجتمع فى العمر الزمنى المقـابل . فالعمـر العقلـى ١٥ يمثل المعيار بالنسبة لكل الأفراد فى سن ١٦ أو أكثر . ولذلك فإنه فى الاعمار فوق سن ١٥ تكون الاعمار العقلية مصطنعة كلية ويجب النظر إلـيها علـى أنها مجرد درجات عددية وهى بهذا التصور تفـيد فـى قـياس المسـتويات العقلية الأعلى التى يمكن للمقـياس قياسها وبالتالى فإنها تفيد كأساس لتقدير نسبة الذكاء .

وللـتخلص من المشاكل المترتبة على استخدام نسبة الذكـاء ، اسـتخدمت ذى مـراجعة ١٩٦٠ نسبة الذكاء الانحرافـية Deviation I.Q. ، وهـى درجـات معـيارية بمتوسـط ١٠٠ وانحـراف معـيارى ١٦ . وبذلـك فإن الدرجات فى كل مستويات العمر تصبح قابلة للمقارنة وقد

أعد بينو جداول يمكن معها تقدير نسبة الذكاء الانحرافية من العمر العقلى والعمر الزمنى . كما تمتاز مراجعة ١٩٦٠ بأن أقصى عمر زمنى يحسب للمفحوص فى سن ١٨ أو أكثر هو ١٨ فإذا كان عمر المفحوص مثلا ٣٥ سنة وعمره العقلى ١٦ سنة ، ٨ شهور ، فأن نسبة ذكائة الانحرافية تستخرج من جداول العمر الزمنى ١٨ وهى فى هذه الحالة تكون ١٠٦ .وقد دعا إلى هذا التعديل ما أسفرت عنه البحوث العديدة فى مراجعة ١٩٣٧.

ثبات المقياس : تراوح معامل ثبات المقياس الأمريكى من ٠,٩٠ لأفراد مجموعة التقنين الذين تبلغ نسبة ذكائهم ١٣٠ أو تزيد إلى ٠,٩٨ للأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن ٧٠ كما أن معامل ثبات التكافؤ بين الصورتين ل ،م يتراوح من ٨٥ر إلى ٩٥ر بوسيط مقداره ٩١ر للأعمار المختلفة . ومن أهم الدراسات فى ثبات إعادة المقياس تلك التى قام بها هونزيك ومكفرلين وآلن فى بيركلى بكالفورنيا على مجموعة من الاطفال تتبعها الباحثون من سن ٢١ شهرا إلى ١٨ عاما وتراوحت معاملات الثبات من الحدود العليا لـ٨٠ر إلى

الحدود السفلى لـــ ٩٠ر ولم يزد الفرق فى نسبة الذكاء فى إعـــادة الاختـــبار عـــن ٥ نقـــط فى متوسط نسبة الذكاء للمجوعـــة كلهـــا ويغلب أن يزداد معامل الثبات بانخفاض نســـبة الذكـــاء وبازدياد العمر الزمنى . وفى مصر ، قام الهـــوارى فى بحثه للماجستير بتطبيق الصورة العربية "ل" مـــن المقـــياس على عينة من ٦٥ تلميذا فى السنة الثالثة الاعداديـــة (الشـــهادة الاعدادية) بمدارس البنين بمدينة طـــنطا ، ثـــم أعـــاد تطبيق المقياس على نفس الأفراد بعد فـــترات تراوحـــت بين شهر وشهرين ، فوجد معامل ثبات ٨٣.ر وهـــو يعتـــبر مرتفعا فى ظل البحث وطبيعة العينة وحجمها .

صـــدق المقياس : يتضح من وصف فقرات الاختبار أنها قد اختيرت لقياس وظائف مثل دقة الملاحظة ، الحكم العملـــى ، تذكر أنواع كثيرة من المواد ، القدرة على اتباع التوجـــيهات ، التصور المكانى ،الاستدلال والتجريد ، كما يتضح أن المقياس تغلب عليه القدرات اللفظية وبخاصة فى الاعمار العليا ، ويتطلب النجاح فى الأداء على الاختبار فى هذه الاعمار ، المهارات المكتسبة فى المدرسة مثل القراءة والحســـاب . وبالقدر الذى ترتبط به الوظائف السابقة بما

نعتبره عادة " الذكاء " فإنه يمكن القول بأن المقياس يتسم بصـــدق المحتوى . ومحك الصدق فى مقياس ستانفورد – بينـــيه هو فى ارتباط فقراته بالعمر العقلى ، وبالتالى فهو يقيس قدرات تزيد بازدياد العمر . كما أن هناك قدرا كبيرا من الاتساق الداخلى فى المقياس بالرغم من التنوع الظاهر فى محتوياته . وتشير نتائج بحوث التحليل العاملى إلى أن الأداء علـــى المقياس يمكن شرحه على أساس عامل عام مفرد . وبالرغم من وجود ما يدل على عوامل طائفية فى بعـــض مســـتويات العمـــر إلا أن اســـهامها قلـــيل. وفى مصر ، توصل الهوارى إلى نتيجة مماثلة ، بتحليل عاملى لمصفوفة ارتباطية لنتائج المقياس ونتائج امتحانات المواد الدراسية المختلفة .

وتكشـــف الـــبحوث أيضا عن وجود ارتباط مرتفع بين نـــتائج المقياس ودرجات التحصيل المدرسى ، ويتفق ذلك مـــع مـــا وجده الهوارى فى بيئتنا المصرية . وكذلك وجد ملـــيكه أن الدرجة على قائمة المفردات (التى اعاد ترتيبها على أساس أستجابة ١٦٤٢ شخصا فى السن من ٣ سنين إلـــى ٣٠ ســـنة وفـــى ضوء مفهوم العمر العقلى) ترتبط ارتباطا مرتفعا بالدرجة الكلية فى المقياس ، كما أنها تميز

تمييزا دالا بين الأفراد من المستويات التعليمية المختلفة .

ومما يجدر ذكره أن مليكة لم يجد فروقا جوهرية بين الذكور والاناث فى المفردات ، مما يدعو إلى الاطمئنان جزئيا إلى تحقق هدف الاقلال بقدر الامكان من الفروق الجنسية فى الأداء على المقياس العربى .

الدلالات الاكلينيكية للمقياس :

(١) يعتبر الكثيرون أن تطبيق مقياس ستانفورد – بينيه هو فى حد ذاته مقابلة اكلينيكية ، ذلك أن نفس العوامل التى تؤدى إلى صعوبته فى التطبيق وضرورة المران المتعمق فى تطبيقه ، هى التى تجعله أداة ممتازة لخلق التفاعل بين الفاحص والمفحوص ، وملاحظة الكثير عن سلوك هذا الاخير من حيث طرقه فى العمل ومنهجه فى مواجهة المشكلة ، وقوة ارادته ، وثقته فى ذاته ، ومن حيث الثقه الاجتماعية والانتباه .

(٢) التشتت : قد يرجع التشتت فى الصفحة النفسية للمقياس إلى عوامل فى المقياس نفسه مثل انخفاض ثبات الفقرات ، انخفاض الارتباطات بينها ، انخفاض الارتباط بين الفقرات والسن ، وجود فقرات تتطلب قدرات خاصة والخطأ

فـــى نســـبة الفقـــرة إلـــى العمر المناسب . ولكن قد يرجع التشـــتتَ إلـــى خصـــائص المفحـــوص ، وهـــو ما يحاول الاخصـــائى الاكلينـــيكى الافـــادة منه فى التشخيص .غير أن المحـــاولات العديدة لإستخلاص دلالات اكلينيكية من التشتت فى مقياس ستانفورد - بينيه فى حالات الراشدين الذهانيين والعصابيين باء معظمها بالفشل ، ولم تصل إلى نتائج قاطعة ، وهـــى نتـــيجة متوقعة فى ضوء الاتساق الداخلى المرتفع للمقـــياس وطبيعة تركيبه على اساس مفهوم العمر العقلى . إلا أن العديـــد من الاكلينيكيين لا حظوا من خلال ممارستهم اليومـــية زيـــادة تشـــتت استجابات الأطفال المضطربين أو المشـــكلين علـــى مـــدى أوسع مما هو الحال عليه بالنسبة للأطفـــال الأســـوياء . وممـــا يؤســـف له أنه لا يتوفر لدينا دراســـات تقطـــع بصـــدق هذه الملاحظات . وتزداد خطورة افـــتراض دلالة اكلينيكية للتشتت بخاصة فى الصورة العربية الـــتى لـــم تقنن بعد ، رغم ما سبق أن أوردناه من مؤشرات أولـــية علـــى ثبات وصدق المقياس ونحن نتفق مع واتسون على أن غاية ما يمكن قوله ، وهو أن تشتتنا يزيد عن ست ســـنوات (بما فى ذلك الحدين الأقصى والقاعدى) يتعين أن يســـتثير شكوك الاكلينيكى ، وأن يحفزه إلى مواصلة البحث

عما إذا كان هذا التشتت راجعا إلى عوامل حضارية أو إلى سوء علاقة مع المفحوص أو إلى نقص الدافع لدى المفحوص أو إلى اضطراب انفعالى .

(٣) وتكاد تنطبق نفس النتيجة السابقة على أنماط الأداء على المقياس من حيث جوانب القوة أو الضعف فى الأداء على الاختبارات . وتشير النتائج بعامة إلى أن أداء ضعاف العقول ينخفض على الاختبارات التى يزداد تشبعها أكثر من غيرها بالعامل العام الذى كشفت عنه بحوث التركيب العاملى للمقياس . إلا أنه يجب الحذر فى نسبة دلالات واضحة لمستوى الأداء على اختبارات معينة نظرا لأنخفاض ثبات الاختبارات الفردية .

(٤) الجوانب النوعية : من المحقق أن الاكلينيكى المدرب يستطيع أن يفيد من التحليل النوعى للاستجابات لمختلف الاختبارات. فمثلا ، يغلب أن يجيب الفرد السوى على سؤال لا يعرف الاجابة عنه بالاجابة " لا أعرف " بينما يجيب ضعيف العقل اجابات تشير إلى سوء الفهم . وقد يستجيب المفحوص بكلمات تحمل معانى العنف أو النزعات التدميرية أو العدوانية أو الحساسية المفرطة أو

الاقـــبال على الحياة ، إلى غير ذلك من الاستجابات التى لاتخفـــى دلالاتهـــا علـــى الاكلينيكى المدرب . والكثير من الاختبارات اللفظية فى المقياس يمكن النظر إليها بوصفها اختـــبارات تداعى ، تسجيل الاستجابة لها كما يسجل زمن الرجع ، وتستكشف دلالاتها . وكذلك فإن التفاوت فى قدرة نفـــس المفحـــوص علـــى تعريف المفردات ذات الدلالات الانفعالية المختلفة قد يكون مؤشرا له دلالته . وقد يكتشف الاكلينيكى الشئ الكثير من تحليله لمرسوم الطفل فى أدائه علـــى الاختبار وبخاصة من حيث الحساسية لحدود الحركة والاندفاعـــية ، الـــخ .. وبالطبع ، فإن ثقة الاكلينيكى فى صـــدق فروضـــه تزداد بازدياد عدد الدلالات المكتشفة فى الحالة المعينة

(٥) وقـــد اعـــتاد بعـــض الاكلينيكيين على الاكتفاء بتطبـــيق اختـــبار المفردات بديلا عن تطبيق المقياس كله نظـــرا لأرتفاع معاملات الارتباط بين الدرجتين (من٠,٤٣ إلى ٠,٩٧ فى الدراسة التى قام بها مليكه) . إلا أن دلائل كثيرة تشير إلى خطورة هذا الإجراء . وذلك أنه فضلا عن أنه يمكن لتعريفين متفاوتين فى المستوى ، الحصول على

نفـــس الدرجة فإن درجة هذا الارتباط تختلف كما كشفت الدراســـات الأمريكـــية والمصرية من سن لآخر ومن فئة لأخرى ، بحيث يمكن لراشد بنسبة ذكاء كلية منخفضة أن يحصـــل على درجة فى المفردات أعلى مما يحصل عليها طفـــل فـــى نفس العمر العقلى على المقياس الكلى . ولعل طـــريقة التصحيح تفسر ما كشفت عنه الدراسات من ثبات المســـتوى الســـابق للأفـــراد على المفردات قبل اصابتهم بالمرض العقلى . وهناك من الدلالات ما تشير إلى أنه فى حالـــة المرضـــى السيكياتريين فإن الدرجة على المفردات يتعيـــن اعتـــبارها مقياسا للمستوى الوظيفى السابق على الاصابة ، وأنها تبالغ فى تقدير المستوى الوظيفى الحاضر وقـــد أعـــدت بابكوك على هذا الأساس اختبارها المعروف والذى تستخدم فيه أكثر من عشرين اختبارا قصيرا موقوتا للوظـــائف الحركـــية ووظائف التعلم والذاكرة وذلك لقياس المســـتوى الوظيفى الحاضر ، وهذه الوظائف الأخيرة هى الـــتى تفـــترض بـــابكوك أنهـــا أكثر تأثيرا من المفردات بالاصـــابات المخـــية العضوية وبالفصام . ويعطى التفاوت بيـــن مســـتوى المفردات ومستوى الأداء على الاختبارات الأخرى معامل الكفاءة efficiency index وقد كشفت بحوث

بابكوك عن وجود معاملات كفاءة سالبة مرتفعة فى حالات الاضـــطرابات المخـــية العضـــوية ، إلا أن نتائج البحوث الأخرى فى الفصام متناقضة ولا يختلف مقياس شبلى self-administering scale for measuring mental impairment and deterioration فى أساسة عن الأساس الـــذى بـــنى عليه اختبار بابكوك إلا فى محاولة الاختصار والتيسير فى التطبيق ، فيطبق طريقة الاختيار المتعدد فى اختبار المفردات ، ويستخدم اختبارا لتكوين المفهوم .

(٦) ونورد فى الجدل التالى التصنيف الوصفى لنسب الذكـــاء علـــى أساس مجموعة التقنين الأمريكية (مراجعة ١٩٣٧) .

جدول (١) توزيع نسب الذكاء المركبة (من الصورتين ل ، م) فى مجموعة التقنين الأمريكية (مراجعة ١٩٣٧).

نسبة الذكاء	النسبة المئوية للحالات	التصنيف
١٦٠- ١٦٩	٣٠ر	ممتاز جدا
١٥٠- ١٥٩	٢ر	
١٤٠- ١٤٩	ار١	
١٣٠- ١٣٩	ار٣	ممتاز
١٢٠- ١٢٩	٢ر٨	
١١٠- ١١٩	ار١٨	**متوسط مرتفع**
١٠٠- ١٠٩	٥ر٢٣	عادى أو متوسط
٩٠- ٩٩	٠ر٢٣	
٨٠- ٨٩	٥ر١٤	**متوسط منخفض**
٧٠-	٦ر٥	**بينى ناقص**

٧٩		
-٦٠ ٦٩	٠ر٢	ناقص العقل
-٥٠ ٥٩	٤ر٠	
-٤٠ ٤٩	٢ر٠	
-٣٠ ٣٩	٣٠ر٠	

ورغم التقارب الكبير بين التوزيع السابق ومنحنى التوزيع الاعتدالى ، وهو دلالة على دقة التفنين ، ورغم قيمة هذا التصنيف الوصفى فى تقنين تفسير الأداء على المقياس ،إلا أنه من الخطر تطبيقه تطبيقا جامدا . فلا توجد حدود قاطعة بين فئتى " بينى ناقص" و " ناقص العقل " أو بين فئتى " ممتاز " و ممتاز جدا " . وقد يستطيع فرد نسبة ذكائه ٦٠ أن يتوافق توافقا مقبولا مع مطالب حياته اليوميه ، بينما قد يعجز عن ذلك شخص تقرب نسبة ذكائة من المائة . وقد يعيش فرد نسبة ذكائة ١٦٠ حياة عادية

مغمورة ، بينما يسهم شخص تقرب نسبة ذكائة من المائة اسهامات ممتازة .

وقد كان ذلك هو السبب الذى دعا ميريل إلى تفضيل استخدام مصطلح " ناقص العقل " mentally defective " ضعيف العقل " feeble-minded لأن هذا المصطلح الأخير يستخدم عادة فى الاشارة إلى الأفراد الذين يتطلب القانون حمايتهم وحماية المجتمع عن طريق الحاقهم بمؤسسات ضعاف العقول ، وفى اصدار مثل هذا الحكم يتعين دراسة التوافق المهنى والنضج الاجتماعى والتوافق الانفعالى والصحة البدنية . وكذلك فإن ارتفاع نسبة الذكاء لا يعنى العبقرية ، لأنها تتطلب أصالة وابتكارية ومواهب خاصة ومثابرة ووحدة هدف ودافعية وانفعالية

وفى تفسير نسبة الذكاء فى مقياس ستانفورد – بينيه يتعين التنبيه إلى أنه أساسا مقياس للاستعداد المدرسى وأنه مشبع إلى حد كبير بالوظائف اللفظية وبخاصة فى المستويات العليا . ولذلك ، فإنه من غير المفيد استخدام المقياس بقصد التنبؤ عن الصلاحية للعمل فى المجالات التى تتطلب هذه الوظائف . كما أنه من غير المفيد استخدامه لقياس الاستعدادات الفارقة قد أعد المقياس

بصورة يتعاظم معها اسهام العامل العام ويقل معها اسهام العوامل الطائفية ، فضلا عن أن نفس الفقرات لا تتكرر فى كل الأعمار . كما أن عددها فى كل نوع صغير بحيث يزداد احتمال رجوع الفروق بين الأنواع المختلفة إلى الصدافة . وتشـير الدراسـات إلـى أن تجمعات مختلفة من القدرات تقـاس فـى الأعمار المختلفة . وقد سبق أن أوضحنا أن قيمة المقياس تقل فى اختبار الراشدين على أساس مفهوم العمـر العقلـى وبخاصة فى المدى العادى والممتاز نتيجة انخفاض سقفه .

وفـى تلخيص الدلالات الاكلينيكية لمقياس ستانفورد - بينيه ، يورد رابين النقاط التالية:

أثبـت كـل من " العمر العقلى " ونسبة الذكاء على المقـياس أنهمـا مؤشـران صـادقان لتصـنيف التلاميذ ولتشخيص الضعف العقلى وللتوجيه المهنى . كما أوضحت الـبحوث أن الفئات السيكاترية المختلفة تحصل غالبا على متوسـطات نسـب ذكاء أو أعمار عقلية أقل من المتوسط العـادى فـيما عـدا العصـاب وذهان الهوس – الاكتئاب

والـــبارانويا . وتوجـــد أقـــل المتوسطات فى الهيفرينيا ، وحـــالات الـــتلف المخـــى العضوى والصرع . إلا أن هذه النتائج بالرغم من قيمتها فى الكشف عن الدلالات الفئوية لا تفـــيد فـــى تشخيص الحالات الفردية . وبالرغم من أن مخـــتلف مقايـــيس التشتت لم تكشف عن فروق دالة بين الأطفـــال والراشـــدين الأسوياء والمرضى ، إلا أن بعض الـــبحوث تشـــير إلى أمكانية الكشف عن بروفيلات مميزة على أساس تصنيف مواد المقياس فى وظائف معينة تتأثر تأثيرا فارقا بالاضطراب العضوى أو العقلى .

وتشـــير هـــذه الـــبحوث إلى أن أشد الوظائف تأثيرا هى التفكـــير بالمفاهـــيم ، ويلـــيها التعلم الفورى ، ثم التفكير الارتباطى ثم المفردات ثم التعلم البعيد . وكذلك فإن الفرق بيـــن مســـتوى الأداء فى اختبار المفردات (ويفترض أنه يمـــثل المســـتوى الثابت أو الكامن) ومستوى الأداء فى اختـــبارات الوظـــائف الحركـــية ووظائف التعلم والذاكرة (ويفـــترض أنـــه يمثل المستوى الوظيفى الحاضر) هذا الفـــرق يميز عددا من الفئات السيكياترية ويمكن اعتباره معـــاملا للكفاءة ، باستثناء حالات معينة . وتعلب العوامل غـــير الذهنية مثل التعاون والانتباه والدافم دورا هاما فى

مســـتوى الأداء علـــى المقياس ، ولذلك فإنه يتعين تقدير احتمال تأثيرها فى الأداء .

والخلاصـــة ، أن مقـــياس ستانفورد – بينيه رغم هذا الحـــدود ، كـــان ولا يزال أداة رئيسية عالمية ورائدة من أدوات العمل الاكلينيكى فى مجالات متنوعة ونحن نرجو أن تتهـــيأ الفرصة لاستكمال تقنين المقياس فى بيئتنا العربية وتطويـــره بمـــا يـــتلائم مـــع التطور الحضارى والثقافى والتعليمى

٢ -مقاييس وكسلر للذكاء – بلفيو لذكاء الراشدين

نشر وكسلر لأول مرة عام ١٩٣٩ مقياسه المعروف بمقياس وكسلر – بلفيو لذكاء الراشدين فى محاولة لتغطية جوانـــب القصور التى يعانى منها مقياس ستانفورد –بينيه وغـــيرها مـــن مقاييس الذكاء الفردى وهى الجوانب التى ســـبق أن ناقشـــناها ، وبخاصة فى قياس ذكاء الراشدين باســـتخدام مفهـــوم العمـــر العقلى ، بالاضافة إلى جوانب القصور فى التطبيق الاكلينيكى بقصد التشخيص الفارق .

ويعـــرف وكســـلر الذكاء بأنه القدرة الكلية للفرد على القيام بالفعل الهادف والتفكير العقلانى والتعامل بفاعلية مع

البيـــئة . والذكـــاء قدرة كلية لأنه يتكون من عناصر أو قدرات رغم أنها غير مستقلة تماما عن بعضها عن البعض الآخـــر ، إلا أنهـــا قابلة للتمييز بينها نوعيا . والذكاء فى تقديـــر وكســلر لا يعادل مجرد مجموع هذه القدرات مهما كانت درجة شموليتها ، فالنتاج النهائى للسلوك الذكى ليس وظـــيفة لعـــدد ونوع هذه القدرات فقط بل هو أيضا نتيجة لطـــريقة الجمـــع بيـــنها فى نسق configuration كما أن عوامل أخرى غير القدرة الذهنية مثل الحافز لها دورها فى الســـلوك الكلى ، فلكى يتصرف الفرد بذكاء يتعين أن يملك القدرة على تذكر أمور كثيرة إلا أنه بعد نقطة معينة ، فإن هذه القدرة لن تساعده كثيرا على النجاح فى الحياة .

ويبـــنى كسلر مقياسه للذكاء على أساس أن ما يقسمه لـــيس هـــو مجرد " العامل العام " مهما أختلف تعريف هذا العـــامل العـــام ، ولكنه العامل العام والقدرة على استخدام الطاقـــة العقلـــية فى موقف له مضمون وغرض وله شكل ومعنى . ولم يكن وكسلر يسعى إلى اعداد مقياس متحرر من العوامل غير الفكرية مثل العوامل المزاجية والشخصية ، إذ أن ذلـــك فـــى تقديره أمر يتعذر تحقيقه علما بل على العكس من ذلك ، فإن وكسلر هدف إلى اعداد مقياس يمكن

أن تقاس عن طريقه مثل هذه العوامل غير الفكرية قياسا موضـــوعيا ، وذلك لأن " الذكاء العام " لا يمكن النظر إليه بوصفه كيانا منعزلا ، ولكن يجب النظر إليه بوصفه جانبا من كل أكبر ، وهو بناء الشخصية الكلية التى يشاركها فى عناصر مشتركة ويرتبط بها ارتباطا كاملا .

والخلاصــــة ، يفترض وكسلر أن الذكاء العام نمط معقد من عوامل متفاعله ، فإذا نظرنا إليه على أنه قدرة أو سمة ، كـــان أحســـن تفسير له هو أنه نمط ناتج عن تفاعل عدد مخـــتلف من القدرات الأولية ، وهذه القدرات هى ما يقيسها مقـــياس الذكـــاء . إلا أن ذلـــك لا يعنى فى نظر وكسلر أن مقياس الذكاء يتكافأ مع بطارية من الاستعدادات الخاصة أو الفارقـــة . ورغـــم أن وكسلر لا يمانع فى اسخدام المقياس بوصـــفه بطارية للاستعدادات الخاصة (وهو مايحدث حيثن نســـتخدم مقياس الذكاء للتشخيص الفارق) إلا أنه لا ينظر إلى الاختبارات الفرعية فى المقياس على أنها اختبارات نقية . ذلك لأن هذه الاختبارات الفرعية تفقد كيانها المستقل حين تكون بطارية كلية لقياس الذكاء وتصبح مقاييس مختلفة لما يفـــترض ان مقياس الذكاء يقوم بقياسه . ولذلك فإن وكسلر يتطلب فى مقياسه وجود ارتباطات مرتفعة بين الدرجة على

كـل اختبار فرعى والدرجة الكلية فى المقياس ، كما يتطلب وجـود ارتـباطات مرتفعة بين الاختبارات الفرعية . أى أنه يفـترض أن الاختـبارات تقيس جوانب مختلفة ، ولكن من نفس الشئ .

ومقاييس وكسلر هى مقاييس نقط ، رتبت فيها الفقرات حسـب صعوبتها فى الاختبارات الفرعية وروعى فى اعداد المعايـير عمـر الفرد كما أنه يمكن الحصول علىنسب ذكاء كلـية ولفظـية وعملـية ، فضـلا عن رسم صفحة نفسية لاختبارات المقياس .

وقـد أعد وكسلر أولا الصورتين I ، II من المقياس وقـد بـنى كـلا منهما على نفس النمط العام . ونظرا لأن الصـورة I هـى الأوسـع انتشارا ، وهى التى أجريت فيها معظـم البحوث ،فقد كانت هذه هى الصورة التى نقلها إلى العربـية مليكه وإسماعيل . بعد ادخال التعديلات الضرورية الـتى اقتضـاتها ملاءمة المقياس للبيئة العربية . وقد نشر وكسـلر عـام ١٩٩٥ تعديـلا للمقياس تحت عنوان مقياس وكسلر لذكاء الراشدين WAIS حاول أن يعالج فيه أوجه القصـور فى المقياس السابق ، ولكنه قريب فى شكله وفى مضمونه من مقياس وكسلر – بلفيو .

وصف المقياس :

يتكون مقياس وكسلر – بلفيو من أحد عشر اختبارا فرعيا ستة منها لفظية هى : المعلومات العامة ، الفهم العام ، اعادة الأرقام ، المتشابهات ، الحساب والمفردات ، والخمسة الأخرى عملية أو أدائية هى : ترتيب الصور ، تكميل الصور ، رسوم المكعبات ، تجميع الأشياء ورموز الأرقام (*) . ويمكن تطبيق الصورة العربية من المقياس على الأفراد من سن ١٥ إلى ٦٠ فما فوق . وفيما يلى وصف مختصر للاختبارات ،ولكنه لا يغنى عن الألفة المباشرة بمواد الاختبارات ، والمران الكافى على تطبيقها وتصحيحها وتفسير نتائجها ، والافادة منها اكلينيكيا

المعلومات العامة : ويتكون من ٢٥ فقرة يصحح كل منها بدرجة (صحيحة) أو بصفر (خطأ) وتتناول معلومات عامة متدرجة فى صعوبتها . فمثلا ، يبدأ الاختبار بسؤال تدريبى لا يسحب فى تقدير الدرجة وهو : " أية عاصمة جمهورية مصر العربية ؟ " وينتهى بسؤال : " ايه هو علم الحفريات ؟ " وتورد كراسة التعليمات الاجابات الصحيحة.

الفهــم العــام : يتكون الاختبار من ١٠ أسئلة مما يقل اعــتماد التوصــل إلى الاجابة الصحيحة عنها على التعليم ، وتؤكــد القدرة على إصدار الاحكام فى مواقف الحياة لعملية مــثل : " لــيه لازم تــبعد عــن الناس البطالين ؟ " . وتقدر الاجابات فى ضوء قواعد ونماذج التصحيح.

الاستدلال الحسابي : ويتكون من ١٠ مسائل تعطى الثمانية الأولى منها شفويا ، أما السؤالان الأخيران فيعطى كل منهما بصوت عال ويطلب حلهما دون الاستعانة بالورقة والقلم . وتعطى درجة واحدة لكل مسألة تحل حلا صحيحا فى الوقــت المحــدد لها ، كما تعطى درجات اضافية للزمن فى المسألتين الاخيرتين فقط .

اعــادة الأرقــام : وفــيما يطلب من المفحوص أن يعيد سلاسل من الأرقام تتلى عليه شفويا ، ثم يعيد سلاسل أخرى بالعكس . والدرجة الكلية هى مجموع أعلى عدد من الأرقام المعادة اعادة صحيحة فى كل من الاختبارين .

المتشــابهات : يطلــب مــن المفحوص ذكر الشبه بين شيئين يذكرهما الفاحص شفويا مثل " برتقال – موز " وتقدر الاجابــات بصفر أو (١) أو (٢) حسب درجة ونوع التعميم فيها طبقا لقواعد ونماذج التصحيح .

المفردات : يطلب من المفحوص تعريف معانى مفردات مخــتلفة تــتدرج فــى الصعوبة . وتشتمل القائمة على ٤٢

مفــردة ، يــبدأ المفحــوص فى تعريفها إلى أن يفشل فى تعريف خمس مفردات متتالة بتقدير صفر لكل منها .

ومــن الضــرورى تسجيل اجابات المفحوص حرفيا كما هو الحــال فــى معظــم الاختبارات الأخرى للافادة من دلالاتها النوعــية الاكلينيكــية وحتى يمكن مراجعة التصحيح حسب القواعد والنماذج المعدة لذلك .

ترتيــب الصــور : مجموعــات مــن الصور تمثل كل مجموعــة مــنها قصــة مفهومــة ولكــن تعرض صور كل مجموعة غير مرتبة ، ويطلب من المفحوص ترتيبها ، مثال : بناء طائر لعشه . ويدخل فى التقدير كل من الزمن والدقة .

تكمــيل الصــور : ١٥ بطاقة بكل منها صورة ينقصها جــزء معين ويطلب من المفحوص ذكر اسم الجزء الناقص مــثل الأنــف فى صورة بنت والدرجة هى عدد الصور التى أعطيت عنها اجابات صحيحة فى حدود الزمن المقرر .

تجمــيع الأشــياء : نمــاذج من الخشب لثلاثة أشياؤ : الصــبى (المانيكان) الوجه (الروفيل) ، واليد ، قطعت كل مــنها إلى قطع مختلفة . ويطلب من المفحوص فى كل منها

جمـــع القطع بحيث تكون الشكل الكامل . ويدخل فى التقدير كل من الزمن والدقة .

رســـم المكعــبات : صندوق به ١٦ مكعبا ملونا وتسع بطاقات بكل منها رسم مختلف بالالوان ، اثنان منها للتدريب ويطلب من المفحوص أن يجمع المكعبات طبقا للرسم الوارد فـــى كـــل من البطاقات يدخل فى التقدير أيضا كل من الزمن والدقة .

رموز الأرقام : يطلب من المفحوص أن ينقل فى مربعات مطبوعة فى كراسة تسجيل الإجابات الرموز المقابلة لكل رقم فـــى المربع طبقا لمفتاح الرموز المطبوع أعلى المربعات . والدرجـــة هـــى المجموع الكلى للرموز الصحيحة التى يقوم المفحوص بكتابتها فى ٩٠ ثانية .

تقنين وتصحيح المقياس :

مـــن الضـــروري بالطـــبع أن يلتزم الفاحص بتعليمات الاختـــبار ، إلا أنه من الممكن بل ومن الضروري أن يتعمق فـــى ســـؤال المفحوص بعد تطبيق الاختبار للتأكد من فهمه لاســـتجابات شـــريطة ألا تؤثر الاستجابة الاضافية فى تقدير الدرجة أو فى الاختبارات التالية :

ويستعين الفاحص فى ذلك بالنماذج الواردة فى كراسة التعليمات وفى دليل المقياس . والذى يقدم نماذج التصحيح لاختبارات الفهم العام والمتشابهات والمفردات . وقد روعى فـــى أعــداد هذه النماذج الاستفادة من الحدود التى وضعها وكســلر ، إلا أن معظم النماذج مستمدة من واقع استجابات عــدد كبير من الأفراد فى مجتمعنا المحلى من فئات متنوعة ومن أعمار ومستويات تعليمية – مهنية مختلفة ، حتى تكون ممــثلة قدر الامكان للمدى المتنوع من الاستجابات التى تقع بين حدى الصواب والخطأ وحى تتضح حدود التصحيح وذلك بالاضافة إلى الاستجابات الغامضة التى يتعين على الفاحص أن يستوضـــح المفحـــوص عنها وهى الاستجابات التى يليها الرمز (س) .

ومـــن الممكـــن التنوع فى ترتيب الاختبارات سهولة أو صـــعوبة بالتـــبادل . ويوصـــى وكســـلر بالابـــتداء باختبار المعلومـــات العامة الا إذا كان هناك ما يدعو إلى غير ذلك ، كـــأن يكون المفحوص مترددا فى التعبير اللفظى ، فيبدأ معه باختبار عملى ، وقد يبدأ معه باختبار سهل نسبيا مثل رموز الأرقام .

وقد قنن المقياس الأمريكى مراجعة ١٩٣٩ على عينة مـن ١٧٥٠ فـردا تـتراوح أعمارهم من ٧ إلى ٧٠ عاما واختـيروا على أساس التوزيع المهنى للراشدين البيض فى المجـتمع الأمـريكى وفقـا لتعداد ١٩٣٠ . وقننت مراجعة ١٩٥٥ علـى عينة من ١٧٠٠ فردا بين سن ٧ ، ٦٤ تمثل توزيـع المجتمع الأمريكى طبقا لتعداد ١٩٥٠ ومجموعة من ٤٧٥ فـردا تـبلغ أعمارهم ٦٠ أو أكثر فى مدينة من مدن الوسـط الغربى . وفى مصر قام مليكه بتقنين المقياس على مجموعات من ٩١٠ فردا موزعين على فئات السن المختلفة ، مـنهم ٥٩٤ ذكـرا ، ٣١٦ أنثى . ويزيد تعليم ٤٨٨ فردا مـنهم (٢٩٤ من الذكور ، ١٩٤ من الاناث) عن مستوى التعليم الابتدائى ، بينما لا يتجاوز تعليم الباقين ٤٢٢ (٣٠٠ مـن الذكور ، ١٢٢ من الاناث) مستوى التعليم الابتدائى أو يقـل عـنه . ومـن المؤكـد أن المسـتوى التعليمى لهذه المجموعـة أعلـى من المستوى القومى العام ، وهى حقيقة يجـب أن توضـع موضـع الاعتبار فى تفسير نتائج تطبيق المقياس .

إلا أن هذه المجموعة تمثل فى تقديرنا إلى حد كبير المجتمع الذى يغل أن يطبق فيه المقياس ،وهو يطبق أكثر ما يطبق

فـــى المجامعـــات وفى المدارس وفى القوات المسلحة وفى المصانع وفى مؤسسات الخدمة النفسية .

ومن المشاكل التى تواجه الباحث فى المقاييس من نوع مقـــياس وكســـلر - بلفيو ، تحديد الوزن النسبى لكل اختبار فـــرعى فى المقياس . وقد قنن مقياس وكسلر - بلفيو على أســـاس افـــتراض تســـاوى أهمـــية الاختبارات الفرعية فى المقـــياس وهو افتراض يستند نظرا لغياب أدلة أخرى ، إلى الخبرة الاكلينيكية لوكسلر ، ولكنه يستند أيضا إلى النظرية الكلـــية للذكاء . ويعنى ذلك أن كل اختبار يسهم بنفس القدر فـــى الدرجـــة القصـــوى للنقط التى يحصل عليها الفرد فى أجاباته عن مختلف الفقرات . ولمثل هذا التقنين مزايا عديدة ، مـــنها أنـــه يسمح بأضافة أو حذف بعض الاختبارات من المقـــياس دون احـــداث تغيير كبير فى المعايير ، وذلك على أســـاس توحيد طريقة التعبير عن الدرجات الخام عن طريق تحويلهـــا إلـــى درجات موزونة ذات متوسط واحد وانحراف معيارى واحد . وقد استخدمت لهذا الغرض كمجموعة تقنين فئات السن من ٢٠ إلى أقل من ٣٥ . وقد تم ذلك عن طريق تحويل الدرجات الخام لكل فرد من أفراد هذه المجموعة على كـــل اختـــبار مـــن اختـــبارات المقياس إلى درجات موزونة

باســتخدام متوســط قدره ١٠ وانحراف معيارى قدره ٣ ، وذلك بطريقة هل Hull وقد أمكن بهذه الطريقة اعداد جدول الدرجــات الموزونــة الــوارد فى المرجع (١٨٨) والذى يســتخدم لتحويل الدرجات الخام على كل الاختبارات وفى كل فئات السن إلى درجات موزونة .

ونظــرا لأن متوسط كل من مجموع الدرجات الموزونة اللفظــية والعلمية والكلية يقل بازدياد السن ، فأنه فى اعداد جــداول نسب الذكاء ، يقارن أداء كل فرد بمتوسط فئة السن الــتى ينــتمى إلــيها . ويــتم ذلك عن طريق تحويل كل من مجاميع الدرجات الموزونة (اللفظية والعملية والكلية) على حــدة إلى " نسبة ذكاء انحرافية " .Deviation I.Q وذلك لكل فئة من فئات السن . وقد اخترنا – كما اختار وكسلر – لــتقدير " نســبة الذكــاء الانحرافية " متوسطا قدره ١٠٠ ، وانحــرافا معــياريا قدره ١٥ حتى نحصل على توزيع لنسب الذكــاء يــتفق قــدر الامكان مع الدلالات المعروفة الشائعة للمســتويات المختلفة لنسب الذكاء (وهى تقرب من توزيع نسب الذكاء فى عينة تقنين مقياس ستانفورد – بينية) مما

ييســر اســتخدام التصنيف المألوف لنسب الذكاء فى العمل الاكلينيكى .

وقــد أعدت الجداول المحلية لنسب الذكاء اللفظى على أساس متوسطات مجموع الدرجات الموزونة لستة اختبارات هــى : المعلومــات ، الفهم العام ، إعادة الأرقام ، الاستدلال الحســابى ، المتشــابهات والمفردات . وأعدت جداول نسب الذكــاء العملــى علــى أساس متوسطات مجموع الدرجات الموزونــة لخمســة اختبارات هى : ترتيب الصور ، تكميل الصــور ، رســوم المكعبات ، تجميع الاشياء ورموز الأرقام ويلاحظ أن الاختبار الأخير قد أضيف فى أعداد جداول نسب الذكاء العملى ، بعكس ما حدث فى محاولة سابقة للمؤلف ، وذلك نظرا للدلالة الاكلينيكية البالغة للأداء فى هذا الاختبار . إلا أنــه من الممكن بالطبع عدم تطبيق اختبار رموز الأرقام فــى حــالات الأميــن الذيــن لا تتوافر لديهم الخبرة بالقم الرصــاص ، وتعديــل مجموع الدرجات الموزونة طبقا لذلك كمــا سنوضــح فــى الفقرة التالية . أما جداول نسب الذكاء الكلــى فقــد أعدت على أساس متوسطات مجموع الدرجات الموزونة للاختبارات الاحدى عشر السابقة .

ولكـــى يحصل الفاحص على نسب الذكاء للمفحوص ، يقــوم بتصحيح الاختبارات وتقدير الدرجات الخام عليها ، ثم يحــول هــذه الدرجات الموزونة اللفظية الست ، والدرجات الموزونـــة العملـــية الخمـــس / والدرجات الموزونة الكلية الأحـــدى عشـــر ، ثم يقدر نسب الذكاء المقابلة لكل من هذه المجامـــيع وهى نسب الذكاء اللفظى والعملى والكلى ، وذلك باستخدام جداول نسب الذكاء المناسبة لفئة السن للمفحوص . ويمكـــن للفاحص أن يرسم صفحة نفسية (سيكوجراف) على جداول الدرجات الموزونة وذلك بتوصيل الدرجات الخام المناسبة .

فـــإذا لـــم يكن الفاحص قد طبق اختبار رموز الأرقام ، فإنه يضرب مجموع الدرجات الموزونة العملية الأربع فى ٤ /٥ ويجـــد نسبة الذكاء العملى تحت فئة السن المناسبة . ثم إذا هـــو أضـــاف هـــذا المجمـــوع الأخير أيضا إلى مجموع الدرجـــات الموزونة اللفظية الست ، أمكنه أن يحصل على نســـبة الذكـــاء الكلـــى المقابلة لها . ويستطيع الفاحص أن يجرى مثل هذه التعديلات فى حالة اضطراره للاكتفاء بتطبيق عـــدد من الاختبارات اللفظية الستة ، أو الاختبارات العملية الخمسة .

ونظــرا لأن الفــئة من ٢٠ إلى أقل من ٢٥ سنة هى الفئة التى حققت أعلى مستوى فى الاختبار ، (أنظر جدول٢) ، فإنه يمكن الحصول على " معامل الكفاءة " Etticiency Quotient عن طريق ايجاد نسبة الذكاء المقابلة للدرجة الموزونــة الكلية للمفحوص من جدول نسب الذكاء المقابلة للدرجات الموزونة الكلية للمفحوص من جدول نسب الذكاء الكلــى فــى فئة السن من ٢٠ إلى أقل من ٢٥ سنة ، وذلك بصــرف الــنظر عــن العمر الحقيقى للمفحوص . ومعامل الكفــاءة هــو وســيلة لتقويم درجة الفرد فى ضوء متوسط الأداء فــى الســن التى يبلغ فيها الأداء أعلى مستوى . وقد اســتخدم وكســلر الفئة من ٢٠ إلى أقل من ٢٥ فى تقنينه لمقــياس وكسلر - يليفيو عام ١٩٣٩ ، والفئة من ٢٥ إلى أقــل مــن ٣٠ للحصول على معامل الكفاءة فى ضوء نتائج تقنينه لمقياس وكسلر لذكاء الراشدين WAIS عام ١٩٥٥ . وقــد وجد وكسلر فى هذا الصدد أنه فى الوقت الذى تصل فــيه القــدرة العقلــية بالنسبة لمعظم الأفراد إلى قمتها فى مــرحلة الرشد المبكرة ثم تناقض باضطراد مع تقدم السن ، وأن معاملات الارتباط بين السن (بعد ٢٥)

ودرجات مقياس الذكاء دائما سلبية ، إلا أن معدل التناقص علـى الأقل حتى سن ٥٠ أقل فى المنحنى الذى حصل عليه فى مجموعة تقنين عام ١٩٥٥ عنها فى مجموعة تقنين عام ١٩٣٩ .وقـد تعزى هذه الفروق إلى الفروق بين العينتين ، ذلك أن عينة ١٩٥٥ أكثر تمثيلا للمجتمع الأمريكى من عينة ١٩٣٩ ، كمـا قد تعزى أيضا إلى ارتفاع المستوى التعليمى فى المجتمع من الفرقة ٧,٥ إلى ٩,٥ ، وإلى ازدياد الوعى بالاختـبار السيكولوجى وازدياد استخدامه فى المدارس وإلى تحسـين المستوى الصحى وامتداد الفترة العمرية التى يظل الفرد فيها منتجا وفعالا .

جـدول (٢) . المتوسـطات والانحـرافات المعـيارية لمجامـيع الدرجـات اللفظية والعملية والكلية فى فئات السن المختلفة فى مجموعة التقنين المحلى وكسلر - بلفيو للذكاء (نقلا عن ١٨٨) .

فئة السن	العدد	مجموع الدرجات الموزونة اللفظية		مجموع الدرجات الموزونة العملية		مجموع الدرجات الموزونة الكلية	
		المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى
١٥	١٠٠	٦١,٢٠	١٤,٥٠	٥١,٧٠	١٠,٧٧	١١٠,٢٠	٢١,٨٩
١٧	١٠٠	١,٣٠	١٤,٨٠	٥٢,٢٠	١٠,٧٠	١١٤,٠٠	٢٣,٨٠
٢٠	١٠٠	١,٥٠	١٤,٢٠	٥٢,٥٠	١١,٠٠	١١٤,٤٠	٢٤,٠٠
٢٥	١٠٠	٩;٩٠	٣,٨٨	٤٩,٠٠	١٠,٥٠	١٠٩,٦٠	٢٣,٤٠
٣٠	١٠٠	٦,٦٠	١٣,٧٠	٤٦,٩٠	١٠,٩٠	١٠٦,٠٠	٢٤,٠٠
٣٥	٩٨	٥,٦١	١٣.٨٠	٤٤,٠٠	١١,٢٠	١٠٢,٤٠	٢٤,٨٠
٤٠	٩٠	٤,٣٠	١٣,٧٠	٤٣,١٠	١١,٢٠	١٠١,٠٠	٢٤,٨٠
٤٥	٦٨	٢,٩٤	١٣,٥٠	٤١,٠٠	١١,١٤	٩٥,٧٠	٢٤,٠٠
٥٠	٦٠	١,٢٠	١٣,٨٢	٣٨,٠٠	١١,٢٠	٩٣,٤٠	٢٤,٠٠
٥٥	٥٢	٩,٨٠	١٤,٠٦	٣٥,٧٧	١١,٥٧	٨٩,٠٠	٢٤,٨٠
٦٠	٤٢	٨,٣٤	١٤,٤٠	٣٠,٢٤	١٣,١٠	٨٣,٤٠	٢٥,٤٠

ويتحفظ وكسلر ، فيؤكد أنه نتيجة لعدد من البحـــوث ، يمكن القول بأن الذكاء العام كما يقيم بمحكات عملية ، يقـــاوم التدهور على مدى عمرى أطول وبمعدل أبطأ مما هو الحـــال عليه بالنسبة للقدرات العقلية التى يقاس بها . ويرجع ذلك إلـى تدخل عوامل أخرى كثيرة مثـــل الدافـــع والميـــل والخـــبرة واختلاف مدى إسهام القدرات فى الذكاء العام باختلاف السن.

هذا وقد قدر مليكه أنه من المفيد اعداد جداول نسب ذكاء موحدة على أساس مجموعات من المجتمع المحلى دون تفرقـة بين المتعلمين وغير المتعلمين ، حتى توحـــد هـــذه الجـــداول بالنسبة لكل فئات السن . إلا أن ذلك لا يمنع بالطبع من أعـداد معايير منفصلة للفئتين : المتعلمين وغير المتعلمين في كل فئة من فئات السن . وقد أعد إسماعيل فعلا جداول نســب ذكـــاء للفئة من ١٦ إلى ١٩ سنة منفصلة بالنسبة للمتعلمين ولغـــير المتعلمين . والحقيقة أن لكل من النوعين من المعايير قيمتـــه ومجالات وظروف استخدامه فى التطبيق العملى .

ثابت المقياس : تشير الدراسات التى أجريت فى الخـارج إلى الثبات المرتفع لنسب الذكاء الكلية واللفظية والعملية عـــن طريق إعادة تطبيق المقياس على نفس الأفـــراد فـــى فئـــات

مختلفة من السن ، ولفترات مختلفة ، وعلى كل من الأسوياء والمرضى العصابيين والذهانيين . كما وجدت معاملات ثبات بطريقة القسمة إلى نصفين (زوجى وفردى) فى أربعة اختبارات لفظية ، وتراوحت معاملات الثبات من ٠,٥٦ فى الفهم العام إلى ٠,٩٤ فى المفردات . وتقرر أناستازى أن معاملات ثبات الاختبارات الفرعية من الانخفاض أحيانا إلى الحد الذى يتطلب اصطناع منتهى الحذر فى تفسير دلالة تشتت الصفحة النفسية وبخاصة فى بعض الفئات الاكلينيكية مثل الفصام إذا طالت الفترة بين مرتى تطبيق المقياس .

وفى مصر ، أجرى طه دراسة فى ثبات المقياس عن طريق إعادة تطبيقه على ٤٠ فردا : ٢٠ من المجموعة التجريبية وهم أصحاب الاصابات من العمال ، ٢٠ من المجموعة الضابطة المتكافئة . وقد كانت معاملات الثبات كما يلى : المعلومات ٩١٠ ، الفهم ٠,٧٢٢ ، إعادة الأرقام ٠,٨٦٨ والحساب ٠,٥٨٤ ، المتشابهات ٠,٧٨٥ ، المفردات ٠,٩٣١ ، ترتيب الصور ٠,٦٢٩ تكميل الصور ٠,٨٠٤ رسم المكعبات ٠,٨٥٥ تجميع الأشياء ٠,٦٩٦ ، رموز الأرقام ٠,٨٧٧ ، وكان معامل ثبات مقياس الذكاء الكلى ٠,٩٣٩ ، واللفظى ٠,٨٧٣ ، والعملى ٠,٨٨٩ ، والطريقة الثانية التى

استخدمت فى البحث السابق هى طريقة القسمة إلـــى فـــردى وزوجى النسبة للاختبارات الفرعية التى تصلح لذلك ، وذلـــك فى عينة من ٧٠ فردا . وقد وجـــدت المعـــاملات التاليـــة : المعلومـــات ٠,٨٦٤ ، الفـــهم ٠,٤٥١ ، الحســـاب ٠,٦٥٦ ، المتشابهات ٠,٧٣١ ، المفردات ٠,٩١٤ ، ترتيـــب الصـــور ٠,٦٨٦ ، تكميل الصور ٠,٦٦٣ ، رسوم المكعبـــات ٠,٨٢٩ وتجميع الأشياء ٠,٧١١ والمعاملات السابقة فـــى مجموعـــها معاملات مرتفعة نسبيا إذا قورنت بنتائج الدراسات الأجنبيـــة وتدعونا إلى الاطمئنان إلى ثبات المقياس فى البيئة المحلية إلا أنه يتعين بالطبع تكرار التجربة على عينات أخـــرى ســـوية وأكلينيكة ، كما يتعين الحذر فى تفسير دلالات الفـــروق بـــن الدرجات على الاختبارات الفرعية .

صدق المقياس : تعددت وتنوعت الدراسات التى تشـــير إلى صدق المقياس فى مجالات مختلفة ، سواء عـــن طريـــق دراسة العلاقة بين مستوى الأداء فـــى المقيـــاس ومحكـــات خارجية ، أو العلاقة بين المقياس وغيره من سييس الذكـــاء أو عن طريق التحليل العاملى . فمثلا وجد وكسلر معامل ارتبـــاط ٠,٦٤ بين آخر فرقة دراسية وصل إليها الفرد وبين الدرجـــة الكلية فى المقياس . وكشف عدد غير قليل من الدراسات عـــن

وجود معاملات ارتباط مرتفعة بين المقيـــاس وغـــيره مـــن المقاييس وبخاصة مقياس ستانفورد – بينيه للذكـــاء ، وذلـــك رغم أن هذه الدراسات كشفت فى نفس الوقت عـــن أن هـــذا المقياس الأخير يعطينا نسبا أكبر من الأفراد الذين يحصلـــون على نسب ذكاء منخفضة وعلى نسب ذكاء مرتفعة ، وذلك إذا قورن بمقياس وكسلر – بلفيو ويغلب أن يحصل ذوو الذكـــاء المنخفض على درجات أعلى فى مقياس وكسلر – بلفيو وأقل فى مقياس ستانفورد– بينيه ، وعلى العكس ، فإن ذوى الذكـاء المرتفع يغلب أن يحصلوا على درجات أعلـــى فـــى قيـــاس ستانفورد – بينيه وأقل فى مقياس وكسلر – بلفيو . ويغلب أن يحصل صغار السن على درجات أعلى مقياس ســـتانفورد – بينيه ، بينما يغلب أن يحصل كبار السن على درجات أعلـــى فى مقياس وكسلر – بلفيو . ويتحمل أن ترجع هـــذه الفـــروق إلى الاختلافات بينهما فى الانحراف المعيارى ، وفى ســـقف وقاعدة كل منهما واستخدام معيار التناقص فى حساب نســـب الذكاء فى مقياس وكسلر بتقدم السن ، فضلا عن الفروق فـــى أعمار مجموعات التقنين ومواد الاختبارات .

وفى معظم دراسات التركيب العاملى للمقياس ، لا يكـــاد يتجاوز عدد العوامل التى أمكـــن تمييزهـــا ثلاثـــة عوامـــل

بالاضافة إلى العامل العام الذى يكون مسئولا عن حوالى ٥٠% من التباين الكلى للمقياس ، والذى يسمى أحيانا " الاستدلال العام " ، وهذه العوامل الثلاثة هى : عامل لفظى عام (الفهم اللفظى) يشترك فى المفردات والمعلومات العامة والمتشابهات ، عامل تنظيمى ادراكى يسمى بأسماء متنوعة مثل الأداء ، غير اللفظى ، المكانى ،التنظيم البصرى - الحركى ، ويتشترك فى الاختبارات رسم المكعبات وتجميع الأشياء ، ويتحمل أن يجمع بين السرعة الأدراكية والتصور المكانى ، وعامل الذاكرة ويشترك فى الحساب وإعادة الأرقام ، ويبدو أنه يشمل كلا من الذاكرة القريبة للأحداث الجديدة وتذكر المواد التى سبق تعلمها . وتختلف نتائج الدراسات بالنسبة لثبات التركيب العاملى من سن لأخرى ، فبينما يشير البعض إلى ثبات العوامل من سن لأخرى ، نجد أن البعض الآخر يؤكد هذا الثبات ، كما كشفت بعض الدراسات عن أن دور العامل العام يقل بتقدم السن فى الوقت الذى فيه دور العوامل الآخرى وبخاصة عامل الذاكرة.

وفى مصر ، قام مليكه بحساب معاملات الارتباط بين اختبارات المقياس فى مجموعة من ١١٤ فردا تتراوح أعمارهم من ٢٠ إلى أقل من ٢٥ سنة ، ومن مستويات

تعليمية مختلفة . وتوضح النتائج أن الارتباطات مرتفعة بين الدرجات على الاختبارات وبين الدرجة الكلية ، كما أنها متوسطة بين الدرجات على الاختبارات المختلفة هذا فضلا عن أنها معاملات فارقة مميزة فى غالب الحالات – ويشير ذلك إلى أن الاختبارات تقيس جوانب مختلفة من نفس الشئ .

وقد قام إسماعيل بتحليل عاملى لمصفوفة الارتباط السابقة ، فظهرت ثلاثة عوامل هى : العامل العام ويشترك فى جميع الاختبارات بدرجة عالية من التشبع ، ويبلغ أكبرها ٠,٩٦ ، ٠,٩٣ فى اختبارى المعلومات والمفردات على التوالى ،ويبلغ أقلها ٠,٥٣ وفى اختبار رموز الأرقام . وهذا العامل مسئول عن ٥٩% من التباين الكلى ويشترك العامل الثانى بطريقة إيجابية ذات دلالة فى اختبارات المعلومات والفهم والمتشابهات والمفردات ، وبطريقة سلبية ذات دلالة فى اختبارات ترتيب الصور وتكميل الصور وتجميع الاشياء . ويمكن اعتبار هذا العامل عاملا طائفيا ذا حدين يفرق بين الاختبارات اللفظية (الفهم اللغوى) والاختبارات غير اللفظية (التنظيم غير اللغوى ، الادراك المكانى ، أو التصور البصرى) .

أما العامل الثالث ، فليست له أى دلالة وتعتبر من عوامل البواقى . وعند تحيل مصفوفة الارتباطات فى فئة السن ١٦ إلى ١٩ سنة ، لم يجد إسماعيل الا عاملين فقط ، الأول مشترك فى جميع الاختبارات ومسئول عن معظم التباين الكلى (٦٢%) ويظهر اختباران هما المعلومات والفهم أكبر تشبع بهذا العامل ، والثانى مسئول عن ٢% فقط من التباين وتدل تشبعاته على أنه أحد عوامل البواقى .أى أن التكوين العاملى لمقياس وكسلر – بلفيو طبقا لهذه النتائج وفى هذه الفئة من السن بقتصر على وجود عامل واحد . وفى ضوء المقارنة بين خصائص فئتى السن من ١٦ إلى ١٩ سنة ، ومن ٢٠ إلى ٢٤ سنة ،خلص إسماعيل إلى أن عوامل ثقافية معينة لابد وأن تكون هى المسئولة عن هذا الاختلاف فى التكوين العاملى لمقياس وكسلر فى صورته المصرية عنه فى صورته الأمريكية . فالثقافة عندنا فى تقديره ، لا تقدم ألوان المعرفة فى المرحلة الأصغر سنا بالدرجة من التخصص التى تسمح بظهور القدرات الفارقة ، بل هى تقدم عموميات وتتطلب النجاح فيها بهذا الشكل العام ، إلا أن المقياس يمكن أن يكون له الصفة التمييزية بين القدرات الفارقة إلى جانب قياس القدرة العامة ، وذلك إذا ما طبق على مجموعات متخصصة

فى الثقافة أو على مجموعات كبيرة السن (٢٠ فما فــوق)
وفى ضوء النتائج السابقة ، يرى إسماعيل أننا قد نستطيع فــى
بعض الأحيان الاكتفاء بتطبيق اختبارات المعلومــات والفــهم
والمفردات بديلا عن المقياس الكلى . وقد وجد مليكه كذلــك
معامل ارتباط يعادل ٠,٩٦ بين مجموع الدرجة فى اختبـارات
المعلومات والمفردات وتكميل الصور ، وبين الدرجــة علــى
المقياس الكلى . كما أنه بذلت فى الخارج محــاولات عديــدة
لاعداد " مقياس مختصرة "عن طريــق اســتخدام " أحســن "
مجموعات ممكنة من الاختبارات ومن أشهر هــذه المقــاييس
ذلك الذى توصل إليه كريجمان وهانســن والمشــهور باســم
VIBS ، اشارة إلى المفردات والمعلومات ورسوم المكعبــات
والمتشابهات ، وقد وجد أنه يميز السيكوباثيين تشخيصيا .

وبالطبع ، تتوقف قيمة المقاييس المختصرة علــى الدقــة
التى يمكن بها عن طريق هذه المقاييس تقدير نســبة الذكــاء
الكلى ويتوقف اختيار إحداها فى نهاية الأمر على مقدار مـــا
يمكن أن يتجاهله الفاحص من الخطأ فـــى التنبــؤ . وعلــى
الغرض الذى يريد استخدام المقياس المختصر فيه . فمثــلا إذا
أراد مجرد الاختيار أو " الفرز " السريع لعدد من المتقدميــن
لأخذ الاختبار ، أمكنه الاكتفاء بمقياس مختصر من أربعــة أو

ثلاثة اختبارات أو حتى أثنين منها . إلا أنه فيما عــدا ذلــك يحذر وكسلر تحذيرا شديدا من استخدام المقاييس المختصــرة ذلك أن مقياس الذكاء يجب أن يمدنا بأكثر من مجــرد نســبة الذكاء ، أى أنه يجب أن يمدنا بتقويم لجوانب القوة والضعــف فى الفرد ، وكيف تؤثر هذه الجوانب في الوظيفة العقلية الكلية ولنوضح لذلك بمثال : إذا كان معامل الارتباط بين الدرجـــة الكلية على المقياس الكامل والدرجة الكليــة علــى المقيــاس المختصر هو ٠,٩٠ مثلا ، فإن ذلك يعنى إحصائيــا أن ١٩% من التباين لا يرجع إلى هذا الارتباط ، وقــد تتضمــن هــذه النسبة أهم المؤشرات التشخيصية .وفى ضوء هذه النظـــرة ، يرى وكسلر أن من الأفضـــل اســتخدام عــدد أكــبر مــن الاختبارات بدلا من اختصارها .

الدلالات الاكلينيكية للمقياس :

تصنيف الذكاء : من المهم فى تصنيف الذكاء أن يقـــدر الاكلينيكى أن الذكاء مثل الشخصية موضوع معقــد يصعــب قياسة برقم واحد . ويتأثر الذكاء بالدافع والاتزان الانفعـــالى والمثابرة . ولذلك ، فإن من المهم معرفة ظروف الاختبــار ، ودراسة التاريخ الشخصى للفرد اجتماعيا وانفعاليــا ومــهنيا واقتصاديا ودرجة توافقة فى هذه المجالات . فإذا وجد عـــدم

اتفاق بين هذا التوافق ونسبة الذكاء تعين تقصى الأسباب وذلك دور هام لا يملك الاكلينيكى التحليل من مسئولية القيام به . فالمقاييس ليست غاية فى حد ذاتها ولكنها وسيلة للتشخيص .وسوف نناقش فى فصل منفصل مشكلات الضعف العقلى ، ونكتفى فى هذا المقام بتأكيد ما سبق أن أكدناه وهو أنه إذا كان مقياس الذكاء يمثل فى الوقت الحاضر أحسن الأدوات المتوفرة لدينا لتصنيف الضعف العقلى إلا أنه يجب فى الحكم بإلحاق الفرد فى إحدى مؤسسات الضعف العقلى مراعاة أن مقياس الذكاء أداة واحدة فقط يستعان بها مع غيرها من المؤشرات فى إصدار هذا الحكم .

ونتيجة لعدم اتفاق الباحثين على حدود موحدة لتصنيف الذكاء ، فقد اتجه وكسلر إلى التحديد على أساس البعد عن المتوسط مقدرا بالخطأ المحتمل . فمثلا ، ضعيف أو ناقص العقل هو الشخص الذى تقع نسبة ذكائه تحت المتوسط بمقدار ٣ خطأ محتمل أو أكثر ، أى ينتمى إلى الفئة التى تمثل ٢.٢% من المجتمع الكلى والتى يحصل أفرادها على أقل نسب للذكاء . والواقع أن اختيار نقط الحدود هو اختيار جزافى ، ولكنه تقريبى ، أى يقترب من متوسط نتائج البحوث

الامبيريقية . ويمثل الجدولان التاليـــان (٣ ، ٤) تصنيفـــا لنسب الذكاء فى مقاييس وكسلر .

جدول ٣ . تصنيف نسب الذكاء فى مقاييس وكسلر

جدول ٤ . تصنيف ناقصى العقول طبقا لنسب ذكاء مقياس وكسلر للراشدين

الفئة		الحدود النظرية الإحصائية		التصنيف الفعلى طبقا لمقياس وكسلر بلفيو من ١٠ إلى ٦٠ سنة		التصنيف العقلى طبقا لاختبار وكسلر للراشدين من ١٦ إلى ٧٥ سنة	
		الخطأ المحتمل	%	نسب الذكاء	%	نسب الذكاء	%
ناقص العقل	Defective	-٣ وأقل	٢,١٥	٦٥ وأقل	٢.٢	٦٩ وأقل	٢,٢
[illegible]	Borderline	-٢إلى -٣	٦,٧٢	٦٦ – ٧٩	٦,٧	٧٠-٧٩	٦,٧
[illegible]	Dull-normal	-١ إلى -٢	١٦,١٣	٨٠ – ٩٠	١٦,١	٨٠-٨٩	١٦,١
[illegible]	Averager	-١ إلى +١	٥٠,٠٠	٩١ –١١٠	٥٠,٠	٩٠-١٠٩	٥٠,٠
[illegible]	Bright-normal	+١ إلى +٢	١٦,١٣	١١١-١١٩	١٦,١	١١٠-١١٩	١٦,١
[illegible]	Superior	+٢ إلى +٣	٦,٧٢	١٢٠-١٢٧	٦,٧	١٢٠-١٢٩	٦,٧
[illegible]	Very superior	+٣ فما فوق	٢,١٥	١٢٨ وما فوق	٢,٢	١٣٠وما فوق	٢,٢

التصنيف		مدى نسبة الذكاء	النسبة المئوية	الخطأ المحتمل
أهوك	moron	٦٩ – ٥٠	١/٩	– ٣ إلى – ٥
أبله	imbecile	٤٩ – ٣٠	٩,٣٢	– ٥ إلى – ٧
معتوه	idiot	٢٩ وأقل	٠٠٢ر	– ٧ وأقل

استخدام المقياس فى حالات المرض :

يتساءل وكسلر إلى أى حد يمكن أن نثق فى صدق نسبة ذكاء نحصل عليها من تطبيق المقياس على المرضى؟ يتضمن هذا السؤال سؤالين فرعيين : أولهما ، تقدير ذكاء المريض قبل اصابته بالمرض ، وثانيهما ، تقدير مستواه فى الوقت الحاضر وفى المستقبل القريب ، وفيما يتصل بالسؤال الأول تتوفر لدينا عدة طرق منها : استخدام اختبارات فرعية معينة فقط مثل المفردات والمعلومات وجد أنها تتدهور بقدر محدود جدا بتقدم السن أو نتيجة الإصابة بالمرض ، ومنها أيضا أن نستخدم فى تقدير نسب الذكاء أعلى ثلاث درجات حصل عليها المفحوص فى اختبارات المقياس على أساس أن إمكانية المفحوص تتمثل أحسن ما تتمثل فى ما يمكن أن يؤديه على أحسن مستوى ، وهو ما يسميه جاستاك " مستوى الذكاء الأساسى " .

ومن المألوف التمييز بين " الذكاء الوظيفـــي الحــاضر" و " الذكاء الكامن " إلا أن مدلول اللفظين يحتاج إلى تحديـــد أدق فقد يشير "الذكاء الكامن " إلى معانى مختلفة منها : القدرة الفطرية ، ومنها ما يستطيع المفحوص أداءه ، إذا أتيحت لـــه الفرصة لاكتساب المهارات المختبرة ، ومنها أيضا ما كـــان يمكن للمفحوص القيام به قبل اصابته بالمرض ، أو ما نتوقـــع منه القدرة على القيام به بعد شفائه . وبالنسبة للذكاء الوظيفـــي فإن المعنى يكون واضحا ومحددا ، إذا كان المقصود هو أداء المفحوص وقت تطبيق المقياس عليه ، إلا أن معرفة مثل هـذا المستوى محدودة القيمة ، ذلك أننا نهدف فى حقيقة الأمر إلـــى معرفة مستوى المفحوص على الأقــل فـــى المــاضى وفـــى المستقبل القريبين . ويرى وكسلر أنـــه إذا حصـــل فصـــامى مزمن مثلا على نسبة ذكاء ٦٠ ، فإنه لا يعمـــل فقــط فـــى مستوى منخفض ، ولكنه أيضا يكون ضعيف عقـــل ، وذلـــك بالرغم من أننا قد نصنفه لأسباب عملية فى فئـــات أخـــرى . وهو يخلص إلى أن نسبة الذكاء رغم أنها ليست معصومة من الخطأ أو نقص الثبـــات ، إلا أن معرفتـــها ضروريـــة فـــى التشخيص ، وفى تحديد المستوى الوظيفى العام ، سواء فـــى حالات المرض أو فى حالات السواء .

وقد وجد رابين بين آلف مريض هم كل من التحق بمستشفى للأمراض العقلية خلال عامين فى إحدى الولايات الأمريكية (وقد أورد ما يفيد تمثيلهم لسكان الولاية من حيث التعليم والتوزيع الاقتصادى – الاجتماعى) أن متوسط نسبة الذكاء الكلى لهم فى مقياس وكسلر بلفيو هو ٩١,٤ ، وينخفض هذا المتوسط انخفاضا دالا عن متوسط ١٠٠ المفترض لمجموع السكان . وبلغ المتوسط للمرضى غير الذهانيين (العصاب ، السيكوباثية ، الأدمان الكحولى الخ ..) ٩٤,٤ ، وللفصاميين (ن = ٣٢٦) ٨٨,٧ ، وبالنسبة لكل الذهانيين من غير الفصاميين ٩٠,٦ . وتشير هذه النتائج إلى أن الذهانيين وبخاصة الفصاميين ، يعانون أكبر قدر من التدهور فى نسبة الذكاء .

المقارنة بين نسبتى الذكاء اللفظى والعملى :

وهى مقارنة بين قدرة المفحوص على استخدام الكلمات والرموز وبين قدرته على تناول الأشياء وادراك الأنماط البصرية . وقد يكون للخبرات التعليمية والمهنية تأثيرها فى تحديد كمية ووجهة الفرق بين النسبتين . فمثلا ، من المتوقع أن يرتفع متوسط نسبة الذكاء اللفظى للكتابيين وللمدرسيين وأن يرتفع متوسط نسبة الذكاء العملى للعمال اليدويين

والميكانيكيين ، إلى الحد الذى يمكن استخدام الفرق فى التوجيه المهنى وبخاصة للمراهقين من طلاب المدارس الثانوية .

ويجب مراعاة أن استخراج نسبتين للذكاء يستند لا إلى نظرية مؤداها وجود نوعين مختلفين من الذكاء ، بل افتراض مؤداه أنه عن طريق اكتساب عادات أو عن طريق المران أو التدريب أو الموهبة ، فإن بعض الأفراد يكون أقدر على التعامل مع الأشياء عن التعامل مع الكلمات . وقد كشف التحليل العلمى عن أن هذا التصنيف يرتبط بثنائية أعمق فى أساسها من الافتراض السابق ، وذلك بالرغم من وجود تداخل كبير بين الاختبارات . وعلى كل حال ، فإن القدرات المستنتجة من الاختبارات تتجمع فى أنماط وظيفية يفيد الكشف عنها فى العمل الاكلينيكى وفى دراسة ديناميات الشخصية .

والفرق بين النسبتين له دلالته الاكلينيكية الهامة ، وبخاصة إذا كان الفرق كبيرا ، وذلك لارتباطه بأنواع معينة من الاضطراب النفسى أو العقلى أو العضوى وتأثير الاضطراب على الوظائف العقلية لا يكون واحدا ولكنه يختلف من وظيفة لأخرى . ومن أمثلة ذلك : اضطراب

التداعي في المصابين بجنون الهوس – الاكتئاب ،واضطرابات الذاكرة في بعض فئات مدمني الكحول المزمنين .

وتشير نتائج البحوث إلى أن تدهور الوظائف العقلية يتضح في الاستجابة للاختبارات العملية أكثر مما يتضح في الاستجابة للاختبارات اللفظية وينطبق ذلك على الذهان بكل فئاته تقريبا ، وعلى المرض العقلي العضوي وبدرجة أقل على العصاب .

وهناك فئتان اكلينيكيتان يغلب طبقا لوكسلر ، أن تزيد فيهما نسبة الذكاء العملي على نسبة الذكاء اللفظي ، وهما : السيكوباثي المراهق (من غير ذهان) والضعف العقلي .

وينبهنا وكسلر إلى ضرورة مراعاة أنه بالنسبة للأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء متوسطة أو ليست بعيدة عن المتوسط ، فإن فرقا يتراوح من ٨ إلى ١٠ نقاط بين نسبتي الذكاء اللفظي والعملي في أي من الوجهتين يكون في حدود المدى السوي ، ولكن مقدار ووجهة الفروق يختلف أيضا باختلاف السن وباختلاف مستوى ذكاء الفرد وباختلاف المهنة أيضا ، وقد تكون هناك أيضا فروق حضارية وعنصرية(١٢٦ ، ص ١٤٧) وفي تقدير دلالة الفرق بين نسبتي الذكاء

اللفظى والعملى ، فإنه يجب مراعاة احتمال وجود فروق بين الأسوياء . فالانحراف المعيارى لمتوسط الفرق فـــى مجتمـــع الأسوياء يعادل ١٠,٠٢ . ويعنى ذلك أن فرقا بيـــن اللفظـــى والعملى أكبر من عشر نقط سوف نجده فى أقل من ٣٢ حالـــة فى ١٠٠ حالة ، وأن فرقا يعادل ١٥ نقطة سوف نجـــده فـــى ١٣ حالة من مائة ، وفرقا يعادل عشرين نقطة سوف نجـــــده فى حالتين من مائة وهكذا . وفى معظم الحالات ، يعتـــبر أن الفرق له دلاله تشخيصية إذا بلغ ١٥ نقطة أو أكثر .

وقد وجد وكسلر فى تقنينه للمقياس عـــــام ١٩٣٩ ، وأن الأفراد من ذوى الذكاء المرتفع يغلب أن تكـــــون اســـتجابتهم للاختبارات اللفظية أحسن من استجابتهم للاختبارات العمليـــة بعكس الأفراد من ذوى الذكاء المنخفض . إلا أن هذه النتيجـــة لم تتأكد فى تقنينه لمقياس WAIS عام ١٩٥٥ وتشير النتـــائج التى توصل إليها مليكه إلى ما يقرب من هذه النتيجة الأخيرة التى توصل إليها وكسلر إذ لم يجد الا نزعــــة ضئيلـــة إلـــى ارتفاع نسبة الذكاء العملى عن اللفظى لدى مـــن تقـــل نســـبة ذكائهم الكلى عن ٩٠ ولم يكن الفرق يذكر بين النسبتين لـــدى من تبلغ نسبة ذكائهم الكلى ١١١ أو أكـــثر اللفظـــى (٩٥,٤) والعملـــى (٩٦,٥) فـــى ٤ اختبـــارات ،(٩٤,٥) فـــى ٥

اختبارات فروقا ضئيلة بل أن بعضها كان فى الاتجاه غير المتوقع . وبالنسبة لضعاف العقول ، كان متوسط نسبة الذكاء العملى (٦٦,٦) أعلى من متوسط نسبة الذكاء اللفظى (٦٤,٦) وتقل الزيادة إذا أدخلنا فى الاعتبار الدرجة فى رموز الأرقام (٦٥,٣) والحقيقة أن نتائج البحوث فى هذا المجال تتناقض إلى حد بعيد . ومنها مثلا النتائج المتصلة بمزاعم وكسلر فيما يتصل بالفروق بين نسبتى الذكاء اللفظى والعملى فى فئة السيكوباثيين.

والسؤال الذى يثار فى هذا الصدد هو فى تفسير الفرق هل يرجع مثلا إلى انخفاض فى نسبة الذكاء اللفظى أم إلى زيادة فى نسبة الذكاء العملى ، وهل يرجع الفرق إلى عوامل أساسية أم إلى عوامل بيئوية .. ويرجح وكسلر أن كلا النوعين من العوامل له دوره فى تحديد الفرق فمثلا فى دراسة جلويك وجلويك وبالرغم من أن المجموعتين الجانحة والضابطة السوية كانتا متكافئتين على أساس السن ونسبة الذكاء وغيرهما من المتغيرات ، إلا أن المجموعة الجانحة كانت مختلفة فى مستواها التعليمى عن المجموعة السوية ، كما كانت المجموعتان مختلفتين اختلافا رئيسيا فى سمات خلق معينة كشفت عنها الأساليب الاسقاطية وتواريخ الحياة .

ومن الواضح أن تفسير الفرق بين نسبتى الذكاء اللفظى والعملى يجب أن يتحدد فى ضوء عوامل عدة سبق أن أشرنا إلى بعضها .

تشتت الصفحة النفسية :

ويقصد به اختلاف الدرجات التى يحصل عليها المفحوص فى الاختبارات الفرعية المختلفة للمقياس ويقاس التشتت بعدة طرق منها: التشتت عن المتوسط mean scatter ويقدر عن طريق الفروق بين الدرجة الموزونة على كل اختبار فرعى ومتوسط الدرجة على الاختبارات فيما عدا اختبارى إعادة الأرقام والحساب ومنها أيضا " التشتت عن المتوسط المعدل " Modified mean Scatter ويقدر عن طريق الفروق بين الدرجة الموزونة على كل اختبار ومتوسط الدرجة على الاختبارات الباقية بعد حذف الاختبار المعين . وقد يقدر معامل للتشتت بالنسبة للمقاييس اللفظية والعملية والكلية ، ويقدر أيضا معامل عام للتشتت عن طريق الجمع الجبرى لتشتت الاختبارات الفرعية .

ومن طرق قياس " تشتت الصفحة النفسية " أيضا ما يسمى " تشتت المفردات " Vocabulary Scatter وهو يقدر عن طريق الجمع الجبرى للفروق بين الدرجة الموزونة على

كل اختبار فرعى والدرجة الموزونة على اختبار المفـــردات وذلك على أساس أن الدرجة الأخيرة هى أحســـن مقيـــاس " للمستوى الأصلى الفرضى " للوظيفة العقلية للفـــرد ، والتـــى يمكن منها قياس التدهور فى الوقت الحاضر .

والافتراض المتضمن فى استخدام هذه المعاملات هـو أن الأداء على الاختبارات الفرعية المختلفة يتأثر بصورة فارقـــة بالحالات المرضية ، ومن ثم يمكن استخدام مقاييس التشـــتت فى التشخيص الاكلينيكى . وقد كتب الكثير فى تفســـير هــذا الافتراض فمثلا ، يدور بعض التفسير حول طبيعة الوظـــائف التى تقيسها الاختبـــارات المختلفـــة ، فيعـــض الاختبـــارات كالمفردات والمعلومات مثلا ، تقيس الاحتفاظ بما سبق للفـــرد تعلمه ، بينما يتطلب البعض الآخر ضبط الانتبـــاه أو الإدراك المكانى ، أو الفهم العام أو الحكم العملى ، والحصول علـــى درجة منخفضة فى الاستدلال الحسابى مثلا ، قد يرجع إلـــى واحد أو أكثر من عدة عوامل مثل عجز محدد فى القدرة على التعامل بالأرقام ، أو إلى عدم اتاحة الفرصة للتعلم ، أو إلـــى نقص فى القدرة العقلية بعامة .. وسوف نعـــرض بـــالتفصيل لكل ذلك فى فقرات تالية .

ومن الدراسات الهامة التي استخدمت هـــذه المقــاييس دراسة رابابورت وزملائه في عيادة مييننجـــر والتـــي فيـــها استجابات ٥٤ من الأسوياء وصفوا بأنهم يكونون " المجموعـة الضابطة " رغم أنه لم تضبط في هذه المدرسة متغيرات السن والجنس ، والمستوى التعليمي ، والاقتصادى ، الاجتماعى الخ وقد خرج رابابورت من دراسته بنتيجة مؤداهـــا أن التشـــتت يغلب أن يزداد بازدياد سوء التوافق. إلا أن نتـــائج البحـــوث الأخرى التي أجريت تتناقض تناقضا كبـــيرا لا يدعـــو إلـــى الأطمئنان إلى إمكان التعميم منها .

وتواجهنا في التطبيق مشكلة هامة ، وهي تحديـــد مـــدى التشتت الذى يمكن اعتباره شاذا أو دالا . ويقدم وكسلر قـــاعدة تقريبية لتحديد مدى الدلالة وهي أن انحراف الدرجة الموزونة على أى اختبار عن متوسط الدرجة الموزونـــة علـــى كـــل الاختبارات بمقدار درجتين موزونتين يكون بـــالتقريب نقطـــة قاطعة مناسبة . إلا أن ذلك يختلف باختلاف الدرجة الموزونـة الكلية . فإذا كان مجموع الدرجة على عشرة اختبارات يقـــع بين ٨٠ ، ١١٠ ، فإنه يمكن تطبيق القاعدة الســـابقة ، فـــإذا كانت الدرجة الموزونة الكلية تقل عن ٨٠ أو تزيد عـــن ١١٠

فإن الفرق يكون دالا إذا زاد عن ربع متوسط الدرجة الموزونة على كل الاختبارات .

فمثلا ، إذا حصل مفحوص على الدرجة التالية : الفهم ١١ ، الحساب ٩ ، المعلومات ١٠ ، إعادة الأرقام ٧ ، المتشابهات ١٣ ، ترتيب الصور ٩ ، فإن الفروق تكون دالة فى اختبارات المتشابهات وتكميل الصور وإعادة الأرقام .

وإذا حصل مفحوص على درجة كلية ٥٦ فى عشرة اختبارات ، فإن متوسط الدرجة يكون ٦,٥ ، وربع هذا المتوسط ١,٤ درجة ، وبالتالى فإن أى اختبار تنحرف الدرجة فيه بما يزيد عن ١,٥ درجة عن هذا المتوسط يكون انحرافه دالا . وإذا حصل مفحوص على درجة كلية ١٣٢ ، فإن المتوسط يكون ١٣,٢ ، وبالتالى فإن الدرجة فى اختبار معين يتعين ان تنحرف عن هذا المتوسط بمقدار ثلاث درجات (٣,٣ درجة على وجه التحديد) كى يكون الانحراف دالا وفى بعض الحالات ، حين يكون الفرق بين الدرجة على المقياسين اللفظى والعملى كبيرا ، فإنه من الأفضل معالجة كل مقياس على حدة ، أى يقدر الفرق بين الدرجة الموزونة فى الاختبار ومتوسط الدرجة الموزونة فى اختبارات المقياس المعين الذى يكون أحد اختباراته .

وفى الدراسة التى قام بها مليكه ، وقارن فيها تشتت المفردات والتشتت عن المتوسط المعدل بين مجموعة من الفصاميين ومجموعة ضابطة متكافئة معها من الأسوياء وجد أنه بالرغم من زيادة التشتت في مجموعة الفصاميين عنها فى مجموعة الأسوياء ، فإن الفرق بين متوسطى التشتت ليست له دلاله إحصائية . وهو ما يوضح صعوبة التعميم من النتائج فى هذا الاتجاه السالب كلية ، وكان التشتت عن المتوسط المعدل محدودا بصفة عامة ، وهو ما يتفق مع نتائج البحوث الأخرى.

تحليل النمط : Pattern Analysis

وتتعدد أساليب هذا التحليل وتختلط معاينة أحيانا ، فهو يشمل :

١ – رسم الصفحات النفسية (البروفيل) . ولكن يعيب هذه الطريقة أن البروفيل الناتج يمكن تغييره عن طريق تغيير ترتيب الاختبارات ، كما أنه فى تحليل البروفيل ، يغلب أن يكون الاهتمام موجها نحو الدرجات فى الاختبارات المختلفة أكثر من أن يوجه إلى النمط .

٢ – جميع الدرجات الموزونة المختلفة بعد ضرب كل منـــها فى رقم فارق بأمل الوصول إلى مجموع كلى ممـــيز ، إلا أن مجرد الجمع لا يعطينا نمطا مميزا فريـــدا ، إذ أن المجمـــوع الواحد يمكن الوصول إليه بطرق مختلفة .

٣ – التحليل العالمى : ويمكن أن يوجه إليه أيضا الاعـتراض السابق وهو أن مجرد جمع تشبعات العوامل لا يعطينا نمطـــا دالا مميزا .

والذى يقصده وكسلر بتحليل النمط هو تحديـــد الأنمـــاط الفريدة من الاختبارات التى تميز بيـــن الفئـــات الاكلينيكيـــة المختلفة ، أى أنه يفترض وجود صفحات نفسية مميزة لكـــل فئة أكلينيكية .

وقد بدا وكسلر من واقع البيانات التى حصل عليها ومـــن خبرته الأكلينيكية بتحديد الاختبارات التى يغلـــب أن ترتفـــع الدرجة عليها لدى أفراد عدد من الفئات الاكلينيكية المختلفـــة كلا على حدة ، وذلك إذا قورنت بأفراد من مجموعات ســوية ولا يعتبر وكسلر ذلك من قبيل " تحليل النمط " رغم شـــيوع تسميته بذلك فى المراجع ، إلا أنه خطوة تمهيدية ترشد إلـــى الاختبارات التى يمكن جمعها لتعطى أنماطا مميزة .

ومن الضرورى أن ننبه مقدما إلى الصعوبـــات التـــى يحتمل أن تعترض الباحث فى اتباعه المنـــهج الجمعـــى ، أى المقارنة بين متوسطات الدرجات المستمدة مـــن مجموعـــات اكلينيكية مختلفة ومن مجموعات سوية ضابطة لها ومتكافئـــة معها . وذلك أن عدم وجود انحراف دال على اختبار ، عـــن متوسط مجموع الدرجات فى كل الاختبارات قد يرجـــع إلـــى تعادل الانحرافات الموجبة والسالبة . فمثـــلا ، قـــد نجـــد أن متوسط مجموع الدرجات الموزونة الكلية فى مجموعة معينـــة هو ٩٠، وأن متوسط الدرجة الموزونة فى هـــذه المجموعـــة على اختبار صفرا . إلا أن مثل هذه النتيجة قد ترجـــع إلـــى التعادل بين انحرافات موجبة متطرفة وبين أنحرافات ســـالبة متطرفة .

ومن الناحية الأخرى ، فإنه من الخطـــأ أن نفـــترض أن الفشل فى الوصول إلى فروق بين المتوسطات يعنى أن هـــذا المحك لا قيمة له ، ذلك أنه فى بعض الحالات ، قد يكون هذا المحك ناجحا فى اختبار فرعى دون أن يتضح ذلك بالضرورة عن طريق متوسط الدرجة أو متوسط التشتت .

وفى الدراسة التى قام بها مليكه ، وجد أنه بالنسبة للفصاميين ، يغلب أن يكون الانحراف عن المتوسط المعدل أو المفردات سالبا على اختبارات رموز الأرقام وترتيب الصور والفهم والمتشابهات والمعلومات ، بينما يغلب أن يكون موجبا بالنسبة للمفردات وإعادة الأرقام والاستدلال الحسابى ورسوم المكعبات . وبالنسبة لضعاف العقول يغلب أن يكون الانحراف عن المتوسط المعدل أو المفردات سالبا على اختبارات إعادة الأرقام والاستدلال الحسابى وموجبا على اختبارات المفردات وترتيب الصور والمعلومات(١٧٧).

ولكن الاعتراض الرئيسى على المنهج الجمعى هو أن الاخصائى النفسى الاكلينيكى يهمه فى المقام الأول أن يستخلص من نمط الصفحة النفسية ما يساعده فى تشخيص الحالة الفردية . وليس من الضرورى أن تنجح كل المحكات فى تشخيص كل صفحة نفسية ، ولذلك فقد كان من الضرورى أن تتجه الجهود إلى الدراسة الفردية ، وهى تأخذ صورا عدة منها .

المنهج الفردى :

(أ) المقارنة بين النسب المئوية للحالات التى تنحرف بمقادير مختلفة على اختبارات المقيـــاس عــن المتوســط أو المتوسط المعدل أو المفردات بين فئة اكلينيكية وفئـــة ســوية ضابطة متكافئة .

وقد قدم لنا كل من وكسلر وشيفر خصائص الاختبـارات فى عدد من الفئات الاكلينيكة المختلفة وسوف نعرضـــها فـــى الفقرات التالية ، إلا أنه يجب التنبيه إلى أن كل خاصية مـــن هذه الخصائص لا يقتصر وجودها علـــى الفئـــة الاكلينيكيـــة المعينة ، ولذلك فإنه من الضرورى أن نفهم أنها تشـــير إلـــى خصائص للسلوك وللتوافق اللاسوى أولا وإلى تشخيص معين ثانيا .

أمراض المخ العضوية Organic Brain Disease

وهى تغطى مجموعة كبيرة ، من زمـــلات الأعـــراض تشمل بالاضافة إلى اصابات المخ الادمان الكحولى المزمـــن وأكثر الأعراض العامة شيوعا فى أمراض المخ العضوية تقع فى المجال البصرى – الحركى ، وفى الذاكرة وفى تدهـــور القدرة التنظيمية . ويقدر وكسلر أن المرضى فى هـــذه الفئـــة باستثناء عدد قليل ، يتفوق أداؤهم فى الاختبارات اللفظية عنـــه

فى الاختبارات لعملية ، وأكبر تدهور يوجد فى اختبار رموز الأرقام ، وفى رسوم المكعبات نتيجة لاضطراب التنظيم البصرى – الحركى . ومن العلامات الأخرى انخفاض الدرجة فى اختبار ترتيب الصور ثم تجميع الأشياء (ويختلف الأداء فى هذا الاختبار الأخير طبقا لنوع المرضى) .

ويتمثل تدهور الذاكرة فى انخفاض الدرجة فى إعادة الأرقام وبخاصة فى إعادتها " بالعكس " وبعض المرضى ينخفض أداؤهم فى اختبار المتشابهات ، وقد يعكس ذلك نقصا فى تكوين المفهوم ، أو – وهو الأكثر شيوعا – تزايدا فى جمود العمليات الفكرية . ويتأثر تعلم الجديد بالمرضى تأثيرا ملحوظا ، ويفسر لنا ذلك انخفاض الدرجة فى رموز الأرقام بالاضافة إلى تأثير الاضطراب البصرى – الحركى .

وفى بعض الحالات مثل حالات الشلل العام وتصلب الشرايين ، قد يكون التدهور عاما إلى الحد الذى ينخفض فيه أداء المفحوص فى كل الاختبارات . وبالرغم من أن مثل هؤلاء قد يكون أداؤهم فى المقياس اللفظى أحسن من أدائهم فى المقياس العملى ، إلا أن التشتت يكون محدودا داخل كل مقياس ، ويكون لمثل هذه الحقيقة غالبا قيمة تشخيصية فارقة فى التمييز مثلا بين الاصابة المخية الصدمية وبين الشلل العام

وتتلخص النتائج السابقة فيما يلى :-

المعلومات +

الفهم + (فيما عدا حالات الشلل العام) .

الحساب -

إعادة الأرقام - - (وبخاصة فى إعادة الأرقام بالعكس).

المتشابهات -

المفردات + +

---

* يقدر وكسلر الرموز المستخدمة للعلامات التشخيصية تقديرا كميا بالصور التالية :

+ انحراف من ١,٥ إلى ٢,٥ وحدة فوق متوسط الاختبارات الفرعية الباقية .

+ + انحراف ٣ وحدات أو أكثر .

- انحراف من ١,٥ إلى ٢,٥ وحدة تحت متوسط الاختبارات الفرعية الباقية .

- - انحراف ٣ وحدات أو أكثر

صفر : انحراف من + ١,٥ إلى - ١,٥ وحدة من متوسط الاختبارات الفرعية الباقية .

= وتقدر كل الانحرافات بدرجات موزونة ويلاحظ أن الرمز الغالب يوضع أولا فمثلا ، صفر إلى - تعنى أن النسبة الأكبر من الانحرافات كانت فى الفئة صفر ، ويليها نسبة الانحراف فى فئة - .

ترتيب الصور صفر إلى -

تكميل الصور صفر

تجميع الأشياء صفر إلى - - (بحسب نوع المرض).

رسوم المكعبات - - إلى صفر (بحسب نوع المرض).

رموز الأرقام - -

اللفظى أعلى من العملى

تشتت الصفحة النفسية : إذا حذفنا اختبارين أو ثلاثة يحتمل أن ينخفض فيهما أداء المفحوص انخفاضا شديدا ، فإن تشتت الاختبارات الباقية يكون عادة صغيرا .

وتكشف بعض البحوث الحديثة عن أن المرضى الذين تقع إصاباتهم فى مقدمة فص رولاند يظهرون تلفا ذهنيا أقل بكثير مما يظهره المرضى الذين تقع اصاباتهم خلفه . وتؤكد هذه البحوث نتيجة أوضحتها معظم البحوث السابقة وهى أن الأفراد الذين تقع إصاباتهم فى النصف المسيطر يظهرون مقدارا أكبر من النقص فى كل من المقياسين اللفظى والعملى . ومن الطريف أن الأفراد الذين تقع إصاباتهم فى كل من النصفين يظهرون نقصا فى درجات المقياس العملى فقط ، ويحتمل أن يرجع ذلك إلى أن الأصابة الوسيطة تكون أقل انتشارا . وتتفق معظم البحوث على أنه إذا تساوت كل الظروف الأخرى فإن الأصابة فى النصف الأيسر (المسيطر) يصاحبها دائما تناقص فى القدرة العقلية أكبر مما يصاحب الأصابة فى النصف الأيمن (غير المسيطر) . ونظرا لأن الأفراد الذين تقع إصاباتهم فى النصف الأيسر ، يغلب أن يواجهوا صعوبات فى الاتصال فأنهم بالتالى ، يغلب أن ينخفض مستوى أدائهم بعامة فى موقف الاختبار . وتكشف البحوث الحديثة عن أن الادمان الكحولى ، يؤدى إلى خفض الأداء تقريبا فى كل القدرات العقلية التى اختبرت ، وبخاصة

ما يرتبط منها بالتمييز الحسى وكذلك ترتفع العتبات الادراكية . ويتأثر تذكر المواد المنطقية بالادمان الكحولى ، وبقدر أكبر من تأثر الذاكرة الصماء وفى بعض الحالات المتطرفة مثل ذهان كورساكوف ، يحدث تدهور عقلى بصورة ملحوظة ، وفيه يتأثر تذكر الاحداث القريبة والقدرة على تكوين ترابطات جديدة . ولا تختلف الصورة فى الأدمان الكحولى اختلافا كبيرا عن الصورة فى الأضطراب العضوى . وفى المقياس اللفظى ، يقع احسن أداء فى المعلومات والفهم وأسوأ أداء فى إعادة الأرقام والحساب والمتشابهات . وفى المقياس العملى ، يكون أحسن أداء فى تكميل الصور وأسوأ أداء فى رموز الأرقام وتجميع الأشياء وتختلف صورة الادمان الكحولى عن الصورة العضوية فى الانخفاض الملحوظ فى تجميع الأشياء ، وحين يصاحب ذلك أداء جيد نسبيا فى ترتيب الصور ورسوم الكعبات تكون الدلالة مرضية .

الفصام :

نظرا لتعقد الصورة الإكلينيكية للفصام ونظرا لتعدد تصنيفاته وأنواعه ولاختلاف النظرة إليه من جانب المدارس المختلفة ، فإنه يصعب تحديد قائمة واحدة من العلامات

التشخيصية يتوفر لها الشمول أو التحرر من الاستثناء وتؤثـو العملية الفصامية فى الكفاءة العقلية للمريض ، وينعكس هـــذا التأثير فى انخفاض درجاته فى معظم الاختبارات التى تتطلـب توجيه جهد مباشر نحو هدف مما يؤدى إلى انخفاض مســتوى توافقه المهنى ومستوى تكيفه إلى حد أبعد من المتوقـــع فـــى ضوء إمكانياته .

وفيما يلى ملخص خصائص الفصام :

المعلومات + إلى + +

الفهم + إلى –

الحساب صفر إلى –

إعادة الأرقام + إلى صفر

المتشابهات + إلى – – (بحسب نوع الفصام)

المفردات + +

ترتيب الصور – إلى صفر

تكميل الصور صفر إلى – – (بحسب نوع الفصام)

تجميع الأشياء –

رسوم المكعبات صفر إلى +

رموز الأرقام –

اللفظى أعلى عادة من العملى

مجموع ترتيب الصور والفهم أقل من المعلومات ورسوم المكعبات .

تجميع الأشياء أقل بكثير من رسوم المكعبات .

انخفاض المتشابهات مع ارتفاع المفردات والمعلومات دليل مرضى واضح .

تشتت كبير فى الصفحة اللفظية وبخاصة بين الاختبارات اللفظية .

وقد وجد وكسلر أن الفصام يتفوق غالبا فى الاختبارات اللفظية ، وهو أمر قد يبدو متناقضا مع ما هو معروف عن الفصامي من أنه شخص يعرف عن الاتصال والتعبير . إلا أن وكسلر يفسر هذا التناقض على أساس أن الاختبارات اللفظية التى يتفوق فيها الفصامي (المعلومات والمفردات طبقا لنتائجه) لا تتطلب تعبيرا لفظيا تلقائيا . فإذا ما تطلب الاختبار ذلك ، كما يحدث فى المتشابهات ، زاد احتمال فشله وهو فشل لا يرجع إلى نقص فى الفهم أو السهولة اللغوية ولكن إلى تحريف العمليات الفكرية لدى المريض ، فالفصامي يسئ تفسير الكلمات كما يسئ تفسير الواقع ومن خصائص الفصامي أيضا عجزه عن إدراك أوجه التشابه والاختلاف ونعكس ذلك فى تقدير وكسلر فى حصوله على درجات منخفضة فى المتشابهات أو تكميل الصور أو كليهما . ومما يميز الفصامي أيضا صعوبة التنبؤ عن سلوكه ، فنجد من وقت لآخر بعض الفصاميين يحسنون الأداء فى اختبار أو فى عدد من الاختبارات التى يفشل فيها معظم الفصاميين . ويمكن غالبا تفسير النتائج المتناقضة فى الحالة المعينة عن طريق الدراسة الشاملة لها ، إلا أن مثل هذه المتناقضات توضح أن

تشخيص الفصام عن طريق " علامات " أو أنماط تشخيصية" ليس أمرا سهلا أو حاسما .

وتلخص ما يمان وزملاؤها أهم العلامات المميزة للفصام فى كل اختبار فرعى من أختبارات المقياس فيما يلى :
، وسوف تمثل لها بقدر الامكان من واقع استجابات الفصاميين الذين طبق عليهم المقياس فى الدراسة التى قام بها مليكه

المعلومات :

الفشل فى الإجابة عن أسئلة سهلة بالرغم من النجاح فى الإجابات عن أسئلة صعبة ، إجابات خطأ أو الاعتذار بإجابات مثل " مش قادر أفتكر " فى بعض الفقرات التى يفترض فى المفحوص القدرة على الإجابة عنها إجابة صحيحة على أساس خبرات خاصة أو تدريب معين مثل فشل مدرس الجغرافيا فى الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بعواصم ومواقع بعض البلاد ، ويعكس مثل هذا الفشل اضطراب وظيفة الذاكرة ، وفقدان التحصيل السابق . ومن الاستجابات ذات الدلالة الإكلينيكية الهامة أيضا الاستجابات الخلطية والتخمين الشارد إلى حد بعيد . وقد تصدر هذه الاستجابات أيضا عن المصابين بالهوس – الانقباض ، وأحيانا عن السيكوباثيين .

نماذج من إجابات الفصاميين :

العاج بيطلع من ايه ؟ من البحار (مهندس معمارى) ، من بـــلاد المعـــادن (طالب وصل إلى نهاية المرحلة الثانوية) من أسنان البنى آدميين اللى بنشــــوفها تختفى .

من اكتشف أمريكا ؟ هتلر (تعليم متوسط ، سن ٣٢ سنة ، ٩ شهور) .

البرازيل تبقى فين ؟ فى اليمن (نفس المريض السابق) .

كم أسبوعا فى السنة ؟ ٤×١٢=٣٦ وفروق ٣٨ (المريض السابق) .

فين المسجد الاقصى ؟ فلسفة روحية (مدرس) .

ايه العاصمة الثانية ؟ منفيس (طالب ثانوى) .

كم عدد سكان الجمهورية ؟١٥٠٠ (طالب ثانوى) .

ايه الاجراءات القانونية اللى لازم يعملها البوليس قبل مايخش بيت واحد ؟ يبعـــت عكسرى يكشف – ينبه الستات – يرسل جاسوس – يمشى هادئ – يســتأذن مــن صاحب البيت –يخبط على الباب .

ايه هو الشهر العقارى ؟ اللى يتولد فه القطط .

الفهــــــــــم :

النجاح فى الإجابة عن أسئلة صعبة ، والفشل فى الإجابة عن أسئلة سهلة ، التعبير عن المشاغل الشخصية بالرغم مــن عدم ارتباطها بموضوع السؤال مثل الإجابــة عــن ســؤال " الأطرش " بأن السبب هو " الأصابة بمرض سرى " وكذلــك الإجابات الشاردة والإجابات المتمركزة – حــول – الــذات ، مثل الإجابة عن سؤال " المظروف " بأن " ده مش شغلى " أو " أفتحه واقرأه لأحسن يكون فيه حاجه ضد الدولة " أو الإجابة

غير الملائمة مثل الإجابة عن سؤال " الغابـــة " : " أفضـــل أمشى لغاية ما يلاقونى " او الإجابة عن سؤال " الحريـــق " " نغنى النشيد القومى " الاستجابة بلهجة عنيفة و غـــير ملائمـــة لبعض الأسئلة مثل السؤال المتعلق بـــ " النــــاس البطـــالين " التفصيل غير الملائم ، أو عدم الإجابة عن الموضوع مباشـــوة مثل الحديث عن : " ليه الناس لازم يكونوا كويسين ؟ بدلا من الإجابة عن : " ليه لازم تبعد عـــن النــــاس البطـــالين ؟ " .. وتعكس هذه الإجابات التدهور الفصامى فـــى الحكـــم علـــى الأمور

إعادة الأرقام :

التفوق القاطع فى إعادة الأرقام بـــــالعكس ، أو التفـــوق القاطع فى عكس ذلك ، اتباع طرق جزافية لتســـهيل التذكـــر مثل جمع الأرقام

الحســــــاب :

النجاح فى الإجابة عن المسائل الصعبة مع الفشـــل فـــى الإجابة عن المسائل السهلة ؟ الإجابات التقريبية مثل " حوالـــى .. " المحاولات الخلطية فى الإجابة . آثاره الجدل فى أمـــور معينة كتلك التى تتصل بواقعية الأسعار المتضمنة فى المسائل

وتعكس هذه الاستجابات نقصا فى القـــدرة علـــى التركـــيز وتدهورا فى الحكم على الأمور وعيانية فى التفكير .

المتشابهـــات :

الفشل فى الإجابة عن أسئلة سهلة بالرغم من النجاح فـــى الإجابة عن أسئلة صعبة ، الخلط فى الاستجابة مثل : " كلـــب – أسد " " حيوانات متوحشة " إجابات خلطيه شديدة العيانيـــة مثل " البذرة والبيضة " : "زى بعض لأنه لازم نأكل الفرخـــة بذور علشان تطلع بيض " ، المبالغة فى العموميـــة مثـــل : " البرتقال والموز زى بعض لأنها من خلايا " ، المثابرة علـــى إنكار وجود أوجه شبه ، أو المثابرة على إعطاء الفروق بـــدلا من أوجه الشبه ، والحصول على درجة منخفضة من شـــخص مستوى ذكائة فوق المتوسط .

نمـــــاذج :

برتقال – موز : فى القشر اللى يترمى – لا أبدا ، معلهش اليوسفى والبرتقال يشبهوا بعض فى الشكل .

بالطو – بدلة : يشبهوا بعض فى الياقة .

كلب –أسد : فى الأسنان – الكلب له وش مدور والأسد له شنب .

جريدة – راديو : ازعاج – زى مجلة الهواء تتذاع فى الراديو يقولوا تســـمع ولا تقرأ .

عين – ودن : جسم – فى السمع – فى الكلام والتحصيل والرؤية والفهم وسيلة من وسائل المعرفة أو حاستين من ٦ حواس – الودن لها طبلة الواحد بيمســـكها بايـــه

بعود كبريت – العين لو انعمت الواحد ميشفش وكذلك الودن لو راحـــد الواحـــد يطرش .

هواء – ماء : فى الصفاء وصفوا الهواء بأنه صافى ووصفوا السماء بأنـــه صـــافى فالسماء صافية الأديم .

بيضة – بذرة : فى الديك والفرخة .

مدح – عتاب : فى الصيغة صيغة الأمر – الأتنين مش ضرورى أبدا .

ذبابة – شجرة : يجوز الذبابة بتنام على الشجرة بالليل (استجابة من طالب طب) – فى اللون الذبابة سوداء والشجرة سوداء – فى الظل – الاثنين علـــى جســمهم شعر .

المفـــــردات :

الفشل فى تعريف مفردات سهلة والنجاح فـــى تعريــف مفردات صعبة ، السهولة فى التداعى للمفــــردات بالكلمـــات مثل: جمل – صبور ، شفيق – حنون ، وتتعدد بصورة فارقـة صور الاستجابات الشاذة لاختبار المفردات فى كـــل الفئـــات الإكلينيكية ، وقد حدد وكسلر عددا من هذه الصور ، نقدم فيما يلى نماذج منها من واقع اســتجابات أفــراد مجموعـــة مـــن الفصاميين من نزلاء مستشفى الأمراض العقلية بالعباسية .

١ – الافاضة الزائدة ، أى النزعة إلى اعطـــاء معـــانى متعددة وبديلة وتفاصيل غير هامة أو ملائمة ، أو النزعة إلى المبالغة فى تفصيل الوصف . من أمثلتها ما يلى : –

حملة : " هى كلمة تطلق عندما تخرج بعض الجيوش متحدة فيطلق عليـها هذا اللفظ أو على شئ ثقيل يحمل كان يقال على فلان أن حمله ثقيل على من هـو قالها له " .

جمل : " حيوان كان يركبه ولا يزال يركبه العرب ويوجـد فـى الأريـاف والمدن وأماكن خاصة من الكرة الأرضية كالصحراء " .

استعراض : " تجميع ألوان من أشياء يراد عرضها وتكون أمثلة لها تعـرض على أناس يريدون مشاهدة هذه الأشياء الأصلية ولا يجدون سوى هـذة الأمثلـة لتكون عنوانا ومثلا عن الأشياء الأصلية .

٢ – الحذف : أى حذف كلمة أو أكثر ضرورية لاكمـال العنى فى جملة . ومن أمثلته :

بجانب : الحيطة ، جمل " أثقال .

٣ – التعريف الذاتى : أى أن المريض يدمج فى تعريفـة للكلمة عناصر ذاتية أو تفاصيل تعكس مشاغلة الشـخصية . ومن أمثلتها :

مكافحة : " دفاع عما يصيب الجسم يعنى مكافحة جنسية مكافحة تدافع عـن الجسم نفسه " ، مؤتمر : " عيد ميلاد الواحد يجتمع فيه " .

٤ – الخلط فى التعريف : أى اشتمال التعريـف علـى ترابط خلطى أو الجمع بين أفكار غير متصلة . ومن أمثلته :

سراب : " سرب جمع وسراب يعنى أجماع " ، جمل : يعنى يبقى اللى راكب فوقبه لا يطول الا النخل " ، صخور : " أشجار ورا الخيل " .

ويتعين على الفاحص أن يتنبه على وجـــه الخصـــوص للصورة الأولى ، لأنه من المحتمل أن تقدر بدرجـــة طيبـــة . وقد تشير هذه الافاضة الزائدة إلى مجرد الحاجة إلى الظـــهور بمظهر العليم ، أو إلى عدم الشعور بالأمن ، وأحيانـــا إلـــى التناقض ، وأحيانا أخرى إلى النزعة الـــى البالغـــة الفكريـــة over-intellectualization وهذه النزعة الأخـــيرة تكـــون غالبا من العلامات المبكرة للفصام ، بل قد تكون أحيانا العلامة الوحيدة فى حالة عدم ظهور العلامات الأخرى .

وفيما يلى نماذج من هذه الصور الشـــاذة للاســتجابات الفصامية للمفردات ، وقد يشمل التعريف الواحد بالطبع أكـــثر من صورة واحدة منها فى نفس الوقت .

شقيق : شخص قريب إلى قلبك تحبه ، هو كلمة تطلق على كل شئ أو كـــل إنسان له قرابة بشئ أخر .

باكر : اليوم اللى جاى اللى بعد اليوم اللى إحنا فيه (استجابة من طالب طب)

صخور : قطع من الخليقة تكونت بأمر خالقها .

عاصمة : مكان أكبر عدد من منظمات الحكام .

فندق : شقة .

قرية : مدينة عدد سكانها بضعة الآف أقل من نصف مليون .

منزل ريفى ، قطعة أرض يعيش فيها صنف من الناس .

بجانب : ده شئ داخلى الواحد لما ييجى ينام على حريته حسب راحة قلبه .

ذنب : زائدة عند الحيوانات لهش الحشرات من فوق الظهر .

: من كلمة تطلق على آخر شئ فى أى شئ .

متهور : رجل شطوط ضد الناس متشرد على الخليقة .

محنة : خسارة مادية أو أرضية أو بشرية يؤسف لها .

اكتئاب : يعنى تطوع فى خدمة مالية مساعدة للروح .

قرض : أنت عمال تكنس وغيرك عمال يأكل .

تضميد : علاج جزء من كل قد فسد .

صمام : أقفال لمجموع أشياء فى مكان .

نووية : متصلة بمراكز تكوين المواد الحية أو الجماد .

هى لفظ يعبر عن أصغر شئ فى أى شئ ، ولكنها تصغير للنـــواة وهـــى أصـــل الشـــئ .

ترتيب الصور : مدركات محرفة أو خليطة مثـــل إدراك الشخص الواحد فى مسلسلة على أنه شـــخصان مختلفـــان ، العجز عن التعريف على بعض موضوعات الصور بـــالرغم من أن ذكاء المفحوص متوسط أو فوق المتوســـط ، تنـــاقض متطرف بل تسلسل الصور والقصـــة التـــى يســـتجيب بـــها المفحوص ، توقعات غريبة مبنية على أساس تفاصيل سطحية هامشية أو اعتبارات غير قائمة .

تكميل الصور : الفشل فى فقرات ســـهلة بـــالرغم مـــن النجاح فى فقرات صعبة ، الاشارة المتكررة إلى خصائص أو تفاصيل غير هامة مثل الألوان ، وبقيـــة الجســـم ، والعيـــن الأخرى فى موضوع بروفيلى ، أو ربان المركـــب ، العجـــز

عن التعرف على موضوعات معينة بالرغم مـــن أن ذكـــاء المفحوص متوسط أو فوق المتوسط .

وفيما يلى نماذج من استجابات أفراد مجموعة الفصاميين فى الدراسة التى قام بها مليكه (١٧٧) :

الأنف : شعر واقف ، الحلق — الأذن : الياقة

الرجل :الظهر — المدخنة : السحاب – المية – الهلب

الأكراة : الغرفة مش كاملة — الماء : ملعقة – الصينية – حرف الكبابة

حاجب العين : منديل رأس — ده براد وهنا كاكاو

صورة الذراع : بقية الحجرة – مشط — ظل الرجل : شمس مش طالعة – صباعه

الكرسى وباقى الرجلين – تفتكر أن وراها حد

ناقص حبل – عايم فى ميه أو ماسك فى حاجه

رسوم المكعبات : استخدام ألوان غير الأحمر والأبيـض والاصرار على اعتبار رسوم ظـاهرة الخطـأ علـى أنـها صحيحة ، الاستعداد الفائق لتغيير الرسم عند أول ايحاء مـن جانب الفاحص بأن الرسم قد يكون غير صحيـح ، التغيير المستمر فى استرخاء ودون تخطيط إلى أن يصل المفحـوص إلى بعض الحل . وتعكس هذه الاستجابات فى معظم الحـالات نقصا فى الاتصال بالواقع أو تدهورا فى التفكير المجرد .

تجميع الأشياء : عدم التعرف الخطأ على الوجه أو اليـد بعد تجميع أجزائها ، تجميع القطع فى استرخاء ودون تخطيط مع احتمال الوصول إلى الحل الصحيح عن طريق المحاولـة

والخطأ ، تقبل أى اقتراح بوضع قطع مكان قطع أخرى مثـل عكس الذراعين أو الرجلين.

رموز الأرقام : تكرر أخطاء النقل ، قلب الرموز وتـرك مسافات خالية ومن ثم الخطأ فى وضع الرموز فـى أماكنـها الصحيحة، التجريف الكبير فى الرموز ، والتفاوت فى سـرعة العمل .

فصام البارانويا :

هبوط عام فى إختبارات المقياس العملى ولكن الدرجـة فى رسوم المكعبات يغلب أن تكون أعلى الدرجات فـى هـذا المقياس ، عدم انخفاض الدرجة فى الفهم بشكل ملحوظ وهـى علامة مميزة لسمات البارانويا إذا تأكد تشخيص الفصام تشتت أقل إذا قورن بالفئات الأخرى من الفصام ، الأرتفاع النسـبى فى الحساب أو تكميل الصور أو فى كليهما يشير إلى اليقظـة الزائدة ، ارتفاع نسبى فى المتشابهات ، ألفاظ غريبة وبخاصة فى المتشابهات وتحريفات ادراكية فى ترتيب الصـور وفـى تكميل الصور . فى الحالات المزمنة تنخفض الدرجـة فـى المتشابهات وترتفع عادة فى رسوم المكعبات وتجميع الأشـياء وقد تتضح النزعة إلى الجنسية المثلية فى عدم التعرف علـى جنس " المانيكان " و " البروفيل " فى تجميع الأشياء سـلوك

سلبى متشكك . ويلاحظ أنه يصعب أحيانا تمييز الحالات الحادة من فصام البارافويا عن الانقباض الذهانى أو الفصامى الحاد على أساس المقياس وحده ، ولذلك يفضل دائما الاستعانة ببطارية من الاختبارات .

الفصام البسيط :

ارتفاع نسبى فى اختبارات التناسق البصرى الحركى الثلاثة إذا قورنت باختبارات المقياس اللفظى وترتيب الصور وتكميل الصور . الدرجات فى الفهم والحساب يغلب أن تكون منخفضة جدا نتيجة تدهور الحكم ونقص القدرة على التركيز ارتفاع نسبى فى إعادة الأرقام والاختبارات العملية انخفاض فى المعلومات والمفردات نتيجة فقدان الاهتمام بالأمور العامة يندر الحصول على نسبة ذكاء لفظى فوق المتوسط . التخمين الشارد فى الاجابة عن الأسئلة الصعبة فى الحالات التى تسلك سلوكا معاديا للمجتمع (كما هو الحال بالنسبة للسيكوباثيين) . سواء استخدام للكلمات وغرابة فى الالفاظ ييسران التشخيص الفارق وتمييزهم عن السيكوباثيين والهستريين واضطرابات الخلق فى المستوى العقلى المنخفض ، غموض الإدراك والجزافية ، العجز عن التعرف على الموضوعات فى تكميل الصور .

وفى المجتمع المحلى توصل ملكيه فى دراسته لمجموعة الفصاميين إلى استخلاص الخصائص التالية بصورة تقريبية جدا

المعلومات	صفر –	ترتيب الصور صفر –
الفهم	صفر صفر	تكميل الصور صفر صفر (أو صفر-)
إعادة الأرقام	صفر صفر	رسوم المكعبات صفر صفر (أو صفر +)
الحساب	صفر صفر	تجميع الأشياء صفر صفر
المتشابهات	صفر –	رموز الأرقام صفر – (أو – – صفر)
المفردات	صفر +	

وتكاد تتفق هذه النتائج مع النتائج التى توصل إليها وكسلر فيما يتصل بالمفردات ورموز الأرقام وترتيب الصور وتكميل الصور ورسوم المكعبات ولكنها تتعارض معها فيما يتصل بالمعلومات . ومثل هذه النتيجة ليست غير متوقعة . فقد قارن واتسون بين العلامات التى يقدمها وكسلر ، وبين نتائج الدراسات التى قام بها غيره ، فوجد بعض الاتفاق وبعض الاختلاف بينها ، بل يمكن القول بأن اختلاف النتائج التى يتوصل إليها الباحثون المختلفون هو الأمر الغالب. وقد يرجع ذلك إلى عدة أسباب منها : عدم ضبط العوامل التى يتحمل أن يكون لها تأثير فى النتائج ومن تلك العوامل مستوى الذكاء العام ، والسن والجنس إذ تشير البحوث إلى احتمال اختلا نمط التشتت باختلاف هذه العوامل ، وكذلك اختلاف

النظم المتبعة فى التصنيف إلى فئات إكلينيكية من بحث لآخر ، وصعوبة التأكد من أن نمطا معينا يميز فئة إكلينيكية معينـــة إلا إذا استوثقنا من ذلك فى كل الفئات . ومن تلـــك العوامـــل أيضا الجمع بين أكثر من فئة واحـــدة مـــن فئـــات الفصـــام واعتبارها مجموعة واحدة .

وتشير نتائج البحوث إلى احتمال اختلاف نمط الصفحة النفسية باختلاف فئة الفصام. ومن هذه العوامل أيضا مرحلة وطـــول فترة المرض ، والتأثير الذى يحتمل أن يكـــون لـــهما علـــى تدهور الوظائف العقلية . وثمة عامل آخر يشير إلية شـــيفر ، وهو أن استجابات معظـــم الفصـــاميين تقريبـــا للاختبـــارات السيكولوجية تتشكل إلى حد بعيد بالجوانب غير الفصامية فـــى الشخصية قبل الاصابة بالمرض ، فمثلا ، الشخص الذى كـــان يعتمد اعتمادا كبيرا على الدفاعات الوسواسية ، ثـــم أصيـــب بالفصام يغلب أن يستجيب للاختبـــارات فـــى أنمـــاط تشـــير بوضوح إلى هذا الاعتماد السابق للمرض .

وينطبق نفس القول على المريض الذى كـــان يعتمـــد علـــى دفاعات الكبت قبل الاصابـــة بالفصـــام . ويذكـــر شـــيفر أن الصفحة النفسية على مقياس وكسلر – بلفيو للوسواسى تختلف اختلافا كبيرا عن الصفحة النفسية للهســـتيرى الكـــابت مـــن

الناحية النفسية . وليس هناك من الأسباب ما يدعو إلى أن نتوقع بأن الاصابة بالفصام تعنى التخلى التام عن أنماط التوافق السابقة للمرض أو الفقدان التام لما يرتبط بهذه الانماط من تحصيل سابق . كما أن نتائج تطبيق الاختبارات نفسها لا تشير إلى حدوث هذا التخلى التام عن أنماط التوافق السابقة للاصابة بالمرض ، ومن ثم فإنه إذا قورنت الصفحة النفسية لمريض فصامى كان يغلب عليه الطابع الهستيرى قبل الاصابة ، بمريض كان يغلب عليه الطابع الوسواسى قبل الاصابة ، فإنه من المحتمل أن تكون الدرجة على المعلومات منخفضة لدى الأول ومرتفعة لدى الثانى – ويعنى ما سبق بعبارة أخرى ، أنه لا يمكن افتراض أن كل ما يحدث من تغير فى نتائج الاختبار يمكن ارجاعه إلى الاصابة بالذهان .
كما أنه لا يمكن أن نفترض أن كل التغيرات غير الذهانية تحدث جزافا ، فالانماط المتطرفة للصفحة النفسية تشير فى الغالب إلى استمرار أنماط التوافق السابقة للاصابة بالمرض وما يرتبط بها من إنجاز وتحصيل ، كما أنها تشير إلى تأثير الذهان على هذه الانماط .

أما العوامل الأخرى التى يحتمل أن ترجع إليها صعوبة الوصول إلى أنماط تشخيصية محددة ، فهى كامنة فى المقياس

نفسه ، وبخاصة من حيث درجات ثبات الاختبارات الفرعية واحتمالات تأثر الدرجة بترتيب تطبيق الاختبارات . إلا أن العقبة الرئيسية التى تحول دون الوصول إلى علامات تشخيصية فريدة من تعبيرها عن حاجتها وأنماطها توافقها وفى تأثرها بمختلف العوامل التكوينية وعوامل البيئة وما تلعبة من أدوار وما مرت به من مواقف فريدة . ومن المحتمل أن نحصل على نمط فصامى مثلا دون بعض أو كل هذه العوامل السابقة .

وتتضح الصعوبات السابقة فى التناقض بين نتائج البحوث المصرية التى أجريت لدراسة قيمة اختبارات المقياس فى الكشف عن المتحسن الناتج عن استخدام العقاقير فى علاج الفصام . فقد وجد سويف وزملاؤه أن الفروق بين الدرجات على اختبارى المتشابهات ورموز الأرقام قبل وبعد استخدام عقار الرسربين فى مجموعة الفصاميين المصريين كانت دالة عند مستوى اليقة ٠,٠١ ولكن شعلان لم يجد فروقا دالة احصائيا بين اختبارى المتشابهات والمفردات قبل وبعد العلاج باستخدام عقار الماجبتيل فى أى من المجموعات الثلاث من الفصاميين أ . من أظهروا تحسنا إكلينيكيا ، ب من أظهروا تحسنا جزئيا ، جـ . من لم يظهروا تحسنا إكلينيكيا .

حالات القلق :

المعلومات	+	تيب الصور صفر
الفهم	+	ميل الصور –
الحساب	صفر إلى –	ميع الأشياء –
إعادة الأرقام – (ولكن يصعب التنبؤ بها)		رسوم المكعبات صفر
المتشابهات	+	وز الأرقام –
المفردات	+	

اللفظى أعلى عادة من العملى

تشتت الصفحة النفسية متوسط ، أقل من التشتت فى الذهان ولكن أكبر من التشتت فى " الأسوياء " .

والقلق هو حالة تحدث فى كثير من الاضطرابات العقلية وهو ليس بالضرورى محكا تشخيصيا مميزا لأى فئة معينة من هذه الاضطرابات . ورغم أنه يرتبط أكثر ما يرتبط بالحالات العصابية والانقباض ، إلا أنه أيضا عوض هام فى أمراض المخ العضوية وفى الفصام . وبوصفه حالة عارضة فإنه قد يلاحظ فى الاشخاص الأسوياء فى ظروف الشدة والمعاناة أو الضغط.

والقلق قد يكون سببا وقد يكون عرضا . وفى كلا الحالين يؤدى بصفة عامة إلى العجز وإلى التشتت ، وتعطيل الأجهزة عن القيام بوظائفها : التعب ، والكف الفسيولوجى وجفاف الحلق ، والعجز عن التركيز ،

وتذبذب الانتباه وسهولة الاستثارة ، وتقلب الحالة المزاجية . وقد تنعكس كل أو بعض هذه المظاهر السابقة فى أداء المفحوص فى المقياس . إلا أن هناك بعض الاختبارات قد تكون أكثر حساسية لهذه التاثيرات من غيرها ، مثل الحساب وإعادة الأرقام ، وهو ما كشفت عنه دراسة لسيجمان وطبق فيها كل من مقياس وكسلر – بلفيو ومقياس تايلور للقلق . وقد يتأثر كذلك الأداء فى اختبارى تجميع الأشياء وترتيب الصور ، ويغلب أن يكون أداء الأفراد الذين يعانون من القلق ، مثلهم مثل العصابيين بعامة ، أقل فى المقياس العملى عنه فى المقياس اللفظى إلا أن انخفاض درجتهم ينقصه الثبات أو الانتظام بعكس ما هو الحال عليه فى المصابيين باضطراب عضوية . ومن الضرورى دائما أن تؤخذ فى الاعتبار الجوانب الأخرى من بنيان الشخصية ، ومن الظروف القائمة التى يمكن أن تؤثر فى أداء الفرد فى المقياس الهستيريا :

يتميز الأفراد فى هذه الفئة بالالتجاء الجامد إلى دفاعات الكبت فى مواجهة نوازعهم ومطالب العالم من حولهم ، مما يؤدى إلى تعويق نمو الاهتمامات الفكرية والحضارية ونمو التفكير المستقل الخلاق ، ومما يؤدى

بصفة عامة إلى سلوك طفلى ساذج وبصفة خاصة إلى سلوك جنسى ساذج وإلى أعتماد زائد على المدركات المألوفة بوصفها مهديات للسلوك وإلى تمركز حول الذات ، وإلى تعويق التفكير فى مواجهة المواد " الصادمة " فى الاختبار .

ويغلب أن تتساوى نسبة الذكاء العملى مع اللفظى أو أن ترتفع الأولى عن الثانية ، كما يغلب أن تنخفض الدرجة نسبيا فى المعلومات وأن ترتفع نسبيا فى الفه ويغلب أن ترتفع الدرجة فى اختبارات التناسق البصرى - الحركى عن الدرجة فى بقية الاختبارات العملية . وتزداد الدلالة التشخيصية لانخفاض المعلومات إذا لم ينجح المفحوص فى الاجابة عن أى سؤال صعب جدا ، وإذا تشتت الفشل فى بعض الأسئلة السهلة ، وكذلك تزداد دلالة ارتفاع الدرجة فى الفهم إذا كانت الاستجابات تتسم بالسذاجة وإذا كان يغلب عليها الطابع الخلقى ويندر أن تصل نسبة الذكاء اللفظى إلى المستوى الممتاز وقد تنخفض إلى مستوى بينى وعادة تنخفض الدرجة فى إعادة الأرقام تحت المستوى اللفظى العام مما يعكس القلق الحاد الذى يعانى منه المريض بالهستيريا وفى حالات الهستيريا التى

تتساوى فيها نسبتا الذكاء اللفظى والعملى أو تزيد فيها الأولى عن الثانية ، وإذا لم تنخفض الدرجة فى إعادة الأرقام ، فإن ذلك قد يشير إلى وجود أعراض مخاوف (هستيريا القلق بعكس الهستيريا التحولية) وفى بعض حالات الهستيريا تنخفض نسبة الذكاء العملى انخفاضا كبيرا عن نسبة الذكاء اللفظى ، وهى الحالات التى تعانى إكلينيكيا من الاكتئاب ، إلا أن تشتت الاختبارات اللفظية يتبع النمط الهستيرى الكابت والسابق وصفه.

الاكتئاب العصابى والذهانى :

ويتميز الأفراد فى هذه الفئات بالتخلف الادراكى والارتباطى والحركى ، وبالكف الانفعالى والتعبير المتكرر عن العجز والخوف والسلبية .

وتنخفض الدرجات عادة فى الاختبارات العملية وبخاصة فى الاختبارات البصرية الحركية انخفاضا كبيرا عن الدرجات فى المعلومات والمفردات . ومن المهم أن تنخفض كل الدرجات فى الاختبارات العملية ، فإذا انخفضت الدرجة فى اختبار واحد أو فى اختبارين فقط ، أو إذا ارتفعت الدرجة فى رسوم المكعبات بينما تنخفض الدرجات الأخرى فإن ذلك قد يشير إلى الفصام ، أما إذا

انخفضت الدرجة فى رسوم المكعبات أو فى تجميع الأشياء أو فى كليهما بعض الانخفاض من غير أن تنخفض انخفاضا متطرفا ، فإن ذلك يشير إلى توتر وليس إلى انقباض . ويغلب أن يكون تشتت اختبارات المقياس اللفظى أكبر فى حالات الانقباض الذهانى عنه فى حالات الانقباض العصابى ، وبخاصة انخفاض الفهم ثم المتشابهات والحساب عن مستوى المعلومات والمفردات.

ويساعد تشتت المقياس اللفظى إذا لم يكن متطرفا فى تحديد طبيعة العصاب ، وغالبا ما تنخفض الدرجة فى إعادة الأرقام نتيجة القلق الحاد فإذا كانت الدرجة مرتفعة فإن ذلك قد يشير إلى الفصام

ومن الناحية الكيفية ، يبدو فى الاستجابات اللفظية عادة عدم الثقة والنقد الذاتى . ويندر أن يكون المنقبض كثير الكلام أو التفصيل فى استجابته ، فإذا كانت هناك أستجابات لفظية مستفيضة مع إنخفاض شديد فى المقياس اللفظى زاد تشخيص " الفصام " .

الضعف العقلي :

المعلومات	صفر إلى –	ترتيب الصور صفر إلى –
الفهم	+	تكميل الصور صفر

الحساب	- -	تجميع الأشياء + +
إعادة الأرقام	- إلى صفر	رسوم المكعبات صفر إلى +
المتشابهات	صفر إلى +	رموز الأرقام - إلى صفر

إعادة الأرقام بالعكس تكون غالبا من - إلى - - ، بل ويصعب على ضعاف العقول غالبا فهم المطلوب .

انخفاض الدرجات فى الاستدلال الحسابى وإعادة الأرقام وارتفاعها نسبيا فى الفهم وتجميع الأشياء .

ارتفاع الاستدلال الحسابى مع رسوم المكعبات يشير إلى أن الحالة ليست غالبا ضعفا عقليا .

ارتفاع التشتت بين الاختبارات وداخل كل اختبار يشير إلى اضطراب انفعالى ، ويغلب أن يكون ذهانا سابقا أو مصاحبا .

وفى معظم الأحيان ، تشخص حالات الضعف العقلى على أساس نسبة الذكاء ، إلا أن بعض الحالات تثير مشاكل خاصة ، ويرى وكسلر أن العلامات التشخيصية السابقة تفيد فى مثل هذه الحالات ، وخاصة فى التمييز بين حالات الضعف العقلى التى يصاحبها وتلك التى لا يصاحبها ذهان وكذلك فى التمييز بين فصام الطفولة مع انخفاض نسبة الذكاء والضعف العقلى . وفى كل الحالات يجب أن يؤخذ فى الاعتبار مستوى النضج الاجتماعى

للمفحوص . وسوف نخصص فصلا كاملا لمناقشة موضوع القصور أو التخلف العقلى .

ويقرر وكسلر ، أنه فى الوقت الحاضر ، فإن التقدير المناسب لقطاع الضعف العقلى يشكل حوالى ٢% من المجتمع الأصلى . وطبقا للبيانات المستمدة من مقياس وكسلر – بلفيو ، فإن ضعيف العقل هو ما تعادل نسبة ذكائة ٦٥ أو أقل (٢,٢%) ، وطبقا لمقياس وكسلر لذكاء الراشدين WAIS فإن ضعيف العقل هو ما تعادل نسبة ذكائة ٦٩ أو أقل . ويصنف وكسلر طبقا للاختبارات الأخيرة فئات الضعف العقلى إلى ، أهوك moron (من ٥٠ إلى ٦٩) ، أبله imbecile (من ٣٠ إلى ٤٩) ، ومعتوه idiot (٢٩ أو أقل) . وفى الدراسة التى قام بها مليكه وجد الخصائص التالية فى مجموعة ضعاف العقول :

المعلومات	صفر	رتيب الصور صفر إلى +
الفهم	صفر	كميل الصور صفر إلى –
إعادة الأرقام	– – إلى صفر	سوم المكعبات صفر
الاستدلال الحسابى	صفر إلى – –	تجميع الأشياء صفر إلى –
المتشابهات	صفر	رموز الأرقام – إلى صفر
المفردات	صفر إلى +	

السوسيوباثيون المراهقون (الجانحون) :

المعلومات – إلى – – ترتيب الصور + + إلى –

الفهم صفر إلى – تكميل الصور + إلى صفر

الحساب – تجميع الأشياء + + إلى +

إعادة الأرقام صفر إلى – رسوم المكعبات + إلى صفر

المتشابهات – صفر رموز الأرقام صفر إلى –

العملى أعلى عادة من اللفظى

مجموع تجميع الأشياء وترتيب الصور أكبر وتقريبا دائما – من مجموع رسـوم المكعبات وتكميل الصور .

ويقرر وكسلر أن أبرز الملامـح المميـزة لـبروفيل السوسيوباثى هى ارتفاع مسـتوى الأداء فـى المقيـاس العملى عنه فى المقياس اللفظى ، وهو يفسـر الاسـتثناء على أساس قدرة خاصة أو عجز خاص . وقد يثير الدهشة ارتفاع الدرجة فى اختبار ترتيب الصور نظـرا لأن هـذا الاختبار يفسر على أنه يقيس الذكاء الاجتماعى . فإذا كان هذا التفسير صحيحا ، فإنه يتعين التمييز بين الفهم العقلـى وبين التعقل الوجدانـى للسـلوك الـذى يقـره المجتمـع والسوسيوباثى بعامة يتفهم المواقف الاجتماعيـة ولكنـه يميل إلى معالجة هذه المواقف لمصلحته فى صورة معادية للمجتمع . إلا أنه توجد استثناءات كثـيرة وبخاصـة فـى

حالات السوسيوباثى المتطرف الذى لا يسلك فقط سلوكا معاديا للمجتمع ولكن ينحرف فهمه الاجتماعى . واستجابات السوسيوباثى بعامة تتميز بالتأكيد الذاتى ، بعكس العصابى . فالسوسيوباثى لا تضايقه المتناقضات ، وتفكيره التجريدى يكون بعامة دون المتوسط ويتمثل ذلك فى انخفاض درجته فى المتشابهات كما أن درجته أيضا تنخفض عادة فى الحساب ن إلا أنه يجب مراعاة أن درجة المراهق العادى تكون عادة أقل من متوسطه العام فى بقية الاختبارات .

وقد بنى وكسلر استنتاجاته السابقة على أساس نتائج دراسة السوسيوباثيين المراهقين من الذكور ، إلا أن الخبرات التالية أوضحت أنها تنطبق أيضا على السيكوباثيين من الذكور . ولكن دراسة حديثة كشفت عن احتمال وجود فروق بين الجنسين ، وأن هذه النتائج قد لا تكون لها نفس القيمة التشخيصية فى حالات الإناث . غير أن كلا من الذكور والإناث يشتركون فى الانخفاض النسبى فى الدرجة فى اختبار المعلومات ، وقد يعكس ذلك جزئيا تخلفا تعليميا أو نزعة إلى تجاهل جوانب المعرفة المتاحة (الواقع) التى لا تؤدى إلى إشباع الحاجات المباشرة.

وبالنسبة للسيكوباثى بعامة تقرر مايمان وزملاؤهـــا أنه إذا ارتفعت الدرجة فى تكميل الصور ، فإن ذلـــك يــدل على يقظة زائدة وترقب ، والنمط العام على كل حال يشـير إلى اندفاعية وعزوف عن التـــأمل ونزعـــة إلـــى الفعــل وانخفاض فى مستوى القـــدرة علـــى اصـدار الأحكـــام ، والتصور ، ولكن فهمه للمواقف الاجتماعيـــة قـــد يكـــون سريعا دقيقا بالرغم من النزعة إلى معالجتـــه لمصلحتـــه الخاصة .

ومن الناحية الكيفية ، فإن العلامـــات الممـــيزة هـــى الاندفاع والتهور فى تخمين الاجابات دون روية وتدبـــر ، ويقرب ذلك كثيرا من التخمين الساذج من جانب الهستيرى أو النرجسى المنخفض الذكاء . إلا أن ارتفاع الدرجة فـــى ترتيب الصور وانخفاضها فى الفهم وارتفاعها فى إعـــادة الأرقام ييسر التشخيص الفارق . ويغلب أن تكون الإجابات عن السؤالين : " ليه لازم تبعد عن الناس البطالين ؟ " و " ليه لازم يكون فيه قوانين " إجابات صحيحة تماما

ويندر أن نجد سيكوباثيا يحصل على نسبة ذكاء لفظى فوق المتوسط ن بينما قد تصل نسبة الذكاء العملـــى إلـــى ممتاز جدا ، فإن كانت نسبة الذكاء اللفظى مرتفعة مع بقاء

العلامات الأخرى ، فإن التشخيص الاكلينيكى يغلب أن يكون اضطراب خلق نرجسى.

اضطراب الخلق النرجنى Narcissistic Character Disorder

وهى الحالات التى تتميز بتمركز ظاهر حول الذات وطاقة منخفضة لتحمل الاحباط ، ونزعة جامدة إلى جانب المواقف المثيرة للقلق ، والعمل على كسب عطف الآخرين دون مقابل متكافئ ، وطاقة ضعيفة على التعاطف مع الآخرين ، وتتمثل النزعة إلى التجنب بصورة ظاهرة فى محاولة التخلص من تحمل المسئولية . وقد يبدو بعض هؤلاء فى مظهر جذاب سار ولكن الهدف هو تجنب وانكار المشكلات الجدية أكثر من أن يكون التعبير عن ود أصيل ومن المعتاد جدا أن نجد مستوى الذكاء العملى معادلا أو متفوقا على مستوى الذكاء اللفظى ، ويكون لذلك دلالة تشخيصية هامة إذا كانت الدرجة فى ترتيب الصور مرتفعة نسبيا ، وفى الحساب منخفضة نسبيا ، ويرتبط ارتفاع الذكاء العملى عادة بالاهتمام المميز بالفعل ، وتجنب التفكير المنطقى فى المشكلات الجدية . ويشير ارتفاع الدرجة فى ترتيب الصور إلى اليسر والسهولة فى

التوقعات الاجتماعية ويشير انخفاض الحساب إلى عجـــز عن الاحتفاظ بالنشاط الموجه نحو هدف فى مواجهة القلق الحاد الذى نستثيره الصور وتتبين النزعة إلى تجنب تحمل المسئولية فى محاولة الهرب من الاجابة وبخاصـــة مــن جانب النساء ، عن أسئلة معينة مثل : " ليه لازم نعد عــن الناس البطالين ؟ " وفى مسلسلة " تاكسى " فـــى ترتيـب الصور . ويختلف سلوك النرجسى عن سلوك الهســتيرى فى أن الأخير يكون بعامة أكثر سلبية وأقل طلبا للاهتمــام وأكثر سذاجة وتقيدا ، رغم أن التظاهر العاطفى قد يكــون أكثر حدة.

العصاب الخليط mixed neurosis قد يشبه فى البلفيـو الهستيرى وفى الرورشــاك الوسواســى – القــهرى ، أو يعطى نمطا وسواسيا فى البلفيو ، وهستيريا فى الرورشاك وعادة يرجح نمط الاستجابة فى الرورشاك تشخيصا معينـا .

النيوراستثينيا : الفشل فـــى الفقــرات الســهلة فـــى المعلومات والمفردات وإعادة الأرقام والحســاب وتكميـل الصور ورسوم المكعبات بالرغم من النجاح فى الفقـــرات الأصعب ، ويغلب أن ينحو تشتت المقياس اللفظـــى إلـــى

جانب الوسواس أو الكبت وينخفض تشتت العملـــى عـــن اللفظى . كما يغلب أن يشعر مريض النيوراسثينيا بـــالتعب الزائد فى الاستجابة لاختبار الحساب .

عصاب الوسواس القهر :

ويتميز الأفراد فى هذه الفئة بالالتجاء بصورة جـــامدة إلى دفاعات الاعـــتزال ، والتكويـــن العكســـى والتـــبرير والمبالغة الفكرية الزائدة فى محاولة مجـــازاة نوازعـــهم ومطالب العالم من حولهم . والعلامـــات المميـــزة هـــى : ارتفاع الدرجة فى المعلومات والمفـــردات مـــع انخفـــاض نسبى عادة فى درجة الفهم والاختبارات العملية . وينـــدر أن تقل نسبة ذكاء الوسواسى – القهرى عن ١٠٠ وتكون نسبة الذكاء اللفظى عادة ممتازة أو ممتازة جدا ، وتـــزداد دلالة انخفاض الدرجة فى الفهم إذا كانت نتيجـــة تذبـــذب وتردد بين بدائل سواء كانت أسبابا للســـلوك أو مســـالك للعمل ، أو نتيجة نبذ للمعتقدات الشائعة . وتـــزداد دلالـــة ارتفاع الدرجة فى المعلومات والمفردات إذا كانت نتيجـــة التفضيل الزائد (بالرغم منه) والتحفـــظ والتخصيـــص . وكذلك تزداد دلالة انخفاض الدرجة فى الاختبارات العمليـــة إذا كانت نتيجة توتر ، أكثر من أن تكون نتيجة اكتئـــاب ،

ويرجع عصاب الوسواس – القهر إذا كانت الدرجة فـــى إعادة الأرقام فى المستوى اللفظى العام ، وأحيانا تنخفـض الدرجة فى المتشابهات نتيجة التشكك والتزمت فى محاولة اختيار البديل الأنسب . وقد تبقى الدرجة فى الفـــهم فـــى مستوى المفردات والمعلومات ، وقد لا تنخفض الدرجة فى الاختبارات العملية ، بالرغم من وجود علامات الوســواس – القهر ، وبخاصة فى الحالات المزمنـــة التـــى " تكيفـت "للعصاب . وحالات عصاب الخلق الوســواس – القـــهرى تكون غالبا من هذا النمط . وفى كل الحالات ، فإن أقـــوى العلامات هى التفضيل اللفظى الزائد والتشكك الظاهر.

جراحة المخ :

يلخص وكسلر نقلا عن كليبـــانوف وزملائـــه نتـــائج العمليات الجراحية المخية iobotomies and iobectomies فيقرر أنها تؤدى فى حالة الذهان المزمن (الفصام عادة) إلى أقل قدر من التغيير وفى حالة العصابى وغيره ممـــن يحتفظ بتكامل قواه العقلية إلى درجات متفاوته من التلـــف ولكنها ذات دلالة . وقد يكسب المريـــض مـــن العمليـــة ، فيتخفف من أعراضه وقلقه ، إلا أن النقص فـــى الذكـــاء العام وفى المبادأة والقدرة التخطيطية ، له دلالتـــه التـــى

يصعب تجاهلها . وفى حالة المريض الذى أزيلت جراحيا أجزاء كبيرة من مخه hemispherectomy فإن غاية ما يقرره وكسلر ، هو أن حالته لن تصبح أسوأ ما كانت عليه قبل العملية .

الشخصية السوية :

فى الاختبار السيكولوجى الاكلينيكى ، يهمنا دائما دراسة الخصائص المميزة للفرد فى محاولته التوافق ، ودراسة درجة فعالية هذه المحاولات . وترتبط بهذين السؤالين الدفاعات التى يلجأ إليها الفرد عادة وتنظيمه الانتقائى لخبراته ، ودرجة القلق والضبط وتنطبق هذه الأسئلة فى دراسة الشاذ والسوى . ولا يختلف استخدام الاختبار فى حالة عن الأخرى ، إذ يتعين دراسة الدفاعات الوسواسية أو الكابتة ومستوى القدرة على إصدار الأحكام والتركيز وملاءمة المفاهيم ، ومستوى اختبار الواقع ، والتكامل بين الانجازات السابقة الخ . وليس من المستبعد أن نجد الصفحات النفسية لبعض الاسوياء لا تختلف كثيرا عن صفحات العصابيين ، إلا أنه من الميسور فى كثير من الحالات تمييز الصفحة السوية عن العصابية.

(٢) التصفية المتتابعة : Successive Sieves

وهى الطريقة التى اتجه إليها وكسلر أخيرا فى بحوثه نظرا للتداخل الكبير بين الفئات الاكلينيكية المختلفة من حيث وجود العلامات التشخيصية بها . وتقوم هذه الطريقة على أساس الافتراض بأنه يتيسر الوصول إلى الأنماط التشخيصية عن طريق معالجة أجزاء مختارة من البيانات وعلى خطوات متتابعة ، أكبر مما يتيسر عن طريق معالجة البيانات ككل وفى خطوة واحدة ، فإذا استطاع نمط واحد مثلا تشخيص ١٨% من مجموعة الفصاميين ، واستطاع نمط آخر تشخيص ١٥% من نفس المجموعة ، وثالث ١٢% وهكذا .. فقد يكون من الممكن بإجراء عدد من التصفيات على نفس المجموعة تشخيص نسبة كبيرة منها .

وقد حاول الباحث أن يطبق الحدود التى اقتراحها وكسلر للتصفية المتتابعة بالنسبة للفصاميين وعلى أساس المقارنة بينهم وبين الأسوياء. وفيما يلى هذه الحدود وملخص بنتائج الدراسة المحلية .

١ – زيادة نسبة الذكاء اللفظى عن العملى بعشرين نقطة على الأقل: لم ينطبق هذا الحد على أى فرد فى مجموعة

الفصاميين ، وانطبق فقط على حالتين من ٢٥ حالة من الاسوياء .

٢ – مجموع تكميل الصور وتجميع الأشياء أقل من ترتيب الصور ورموز الأرقام مع وجود فرق بين تكميل الصور وترتيب الصور يعادل ٣ درجات موزونة على الأقل : تحقق هذا الحد فى ١٠% فقط من الحالات بالنسبة لكل من الفصاميين والأسوياء .

٣ – مجموع المفردات والفهم أعلى من مجموع المتشابهات ورموز الأرقام مع وجود فرق بين المفردات والمتشابهات يعادل ٣ درجات موزونة على الأقل : تحقق هذا الحد فى ٢٦,٧% فقط فى كل من الفصاميين والأسوياء .

٤ – عكس الحد الثالث – تحقق هذا الحد فى ٦,٧% فقط من كل من الفصاميين والأسوياء .

يتضح مما سبق أن هذه الحدود التى اقتراحها وكسلر لا تمييز بين الفصاميين والأسوياء . ولذلك اتجهنا إلى البيانات المحلية التى توصلنا إليها من تحليلنا للأنماط الجمعية والفردية والتى قدمناها فى الفقرات السابقة ، فأمكن أن نتوصل بهذه الطريقة إلى أن مجموع الدرجة

الموزونة فى اختبارى ترتيب الصور ورموز الأرقام يكون أقل من مجموع الدرجة الموزونة فى اختبارى المفـــردات ورسوم المكعبات فى ٧٦,٧% من الفصاميين ، بينما يكون أقل فى ٥٠% فقط من الأسوياء المتكافئين معهم . وهـــذا الفرق دال احصائيا عنـــد مســـتوى ٠,٠١ أمـــا بالنســـبة لضعاف العقول . فقد وجدنا أن مجموع الدرجة الموزونـــة فى اختبارى المفردات وترتيب الصور فـــى ٩٥,٨% مـــن الحالات وكذلك يقل مجموع الدرجة فى اختبارى الاســتدلال الحسابى ورموز الأرقام عن مجموع الدرجة فى اختبـــارى المفردات وترتيب الصور فى ٩٥,٨% من الحالات .

ولكى يكون للعلامة التشخيصية قيمتـــها ، يتعيـــن أن تكون مميزة لفئة إكلينيكة دون الأخرى , وقـــد وجدنـــا أن مجموع الدرجة الموزونة فى اختبـــارى إعـــادة الأرقـــام ورموز الأرقام يقل عن مجموع الدرجـــة الموزونـــة فـــى اختبارى المفردات وترتيب الصور بنسبة ٥٠% فقط فـــى مجموعة الفصاميين ، وبنســـبة ٤٠% فـــى المجموعـــة الضابطة من الأسوياء ، وهى فروق تدعونا إلى الأطمئنان إلى حد ما إلى قيمة هذه العلاقة فى التشـــخيص ، إلا أن

الأخصائى النفسى الإكلينيكى يجب أن يذكر أن هذه العلامة قد وجدت فى ٥٠% من الصفحات النفسية للفصاميين .

تعليق :

يلاحظ من العرض السابق وجود تفاوت كبير بين النتائج التى توصل إليها مختلف الباحثين . وقد سبق أن ناقشنا أهم العوامل التى يحتمل أن تؤدى إلى هذا التفاوت . ونتساءل الآن : ما هو موقف الأخصائى النفسى الاكلينيكى من هذه النتائج فى تعاملة مع الأفراد من المرضى ؟ يصعب فى ضوء ما سبق أن نتوقع الوصول إلى علامات تشخيصية محددة لكل فئة إكلينيكية تنطبق على كل أفراد تلك الفئة انطباقا تاما . والخبرة الاكلينيكة وحدها هى التى قد تمكن الأخصائى النفسى من تجاهل الكثير من العلامات التشخيصية فى بعض الحالات بينما قد يعتبر حتى علامة واحدة – مرضية فى دلالاتها فى حالات أخرى . فمثلا ، إذا حصل مفحوص على درجة موزونة ١٢ فى اختبار المفردات ، ٣ فى اختبار المتشابهات ، فإن معظم الاكلينيكيين لا يترددون فى تشخيص الحالة بالفصلم ، لأنها لم تشاهد قبلا إلا فى حالات الفصام . ولكن الصعوبة بالطبع ، هى أن مثل هذا الأداء لا تجده إلا فى

عدد قليل جدا ، وبالتالى تقل قيمته بالنسبة للاكلينيكى المبتدئ بخاصة . ويحسن الاكلنيكى صنعا إذا تذكر أن مهمته فى التشخيص ليست التصنيف (أى اطلاق عنوان معين كالفصام مثلا على حالة من الحالات) ولكنها الوصف والتحليل الدينامى لشخصية العميل . وفى ضوء هذه النظرة ، يحسن الاكلينيكى صنعا إذا هو اهتم بالحالة الفردية وخصائصها الفريدة أكثر مما يهتم بتطبيق اتجاهات جميعة على الحالة الفردية ، وهو فى هذا السبيل يستعين بأكثر من مقياس واحد ، كما يستعين بتاريخ الحالة ، ويحاول أن يقدر مدى التدهور العقلى فى قدرات المريض ، وأن يحلل استجاباته كيفيا كى يتعرف على دلالاتها ، وهو ما سوف نناقشة فى فقرات تالية .

مشكلة التدهور العقلى

من المفيد فى مناقشة هذه المشكلة التمييز بين ما قد يسمى تدهورا " عاديا " فى القدرات أى الهبوط التدريجى فى القدرة بتقدم السن ، وبين العجز الظاهر الملحوظ فى أى سن ، وهو ما نقصده غالبا بمصطلح " التدهور العقلى mental deterioration " إلا أن هذا المصطلح قد يشير أحيانا إلى الخسارة المتجمعة المؤدية إلى العجز بالرغم من

أنها تتجمع بصورة تدريجية . ويتميز التدهــور العقلــى تشخيصيا بأن تأثير يمتد إلى الوظيفة العقلية بصورة كليــة بدلا من أن يقتصر على تدهور فى وظيفة عقلية معينة .

والتدهور العقلى هو هبوط مستوى الوظيفة العقليــة عن مستواها السابق . فضعيف العقل مهما كــانت درجــة انخفاض مستواه العقلى يصعب وصفه بالتدهور العقلــى إذ لم يكن مستواه السابق مختلفا عن مستواه الحالى . ومــن الناحية الأخرى ، فإن التدهور العقلى لا يفــترض مســبقا وبالضرورة أى مرض أو أى أصابة مخية معينة وما يــهم فى دراسة التدهور العقلى هو فى تقدير وكسلر – درجــة الهبوط فى الوظيفة العقلية أكثر من أسبابها . وطبقا لذلــك ، فإن يمكن القول بأن فردا معينا يظهر علامات التدهــور العقلى إذا كان مستواه العقلى الحاضر مقارنــا بمســتواه يظهر علامات التدهور العقلى إذا كــان مســتواه العقلــى الحاضر مقارنا بمستواه فى الماضى يشير إلى هبــوط دال فى مستوى الأداه فى اختبارات الذكاء وبشــرط أن يكــون التدهور أكبر من التغير العادى المتوقع بحكم سنه.

وقد انتهى وكسلر من دراسته للتغــير الحــادث فــى الدرجات على الاختبارات المختلفة فى المقياس بتغير السن

إلى اقتراح طريقة لتقدير التدهور العقلى أسماها طريقة " درجات الاختبارات الفارقة " differential-test-score method وهى تستند إلى أن بعض القدرات تتدهور تدهورا ضئيلا نسبيا بتقدم السن ، بينما يتدهور البعض الآخر تدهورا كبيرا ، وتفترض أن الفرق بين معدلى التدهور فى الفرد المعين يمثل الدرجة النسبية للتدهور . ويقرر وكسلر أنه يصعب تقدير التدهور العقلى عن طريق الفرق بين الدرجات فى كل من المقياسين اللفظى والعملى ، وذلك على أساس ما هو معروف من أن القدرات المختبرة بواسطة المقياس العملى تتدهور بمعدل أسرع مما تتدهور به القدرات المختبرة بواسطة المقياس اللفظى . وترجع هذه الصعوبة إلى أن كل الأفراد الذين تعلو قدراتهم اللفظية سوف يظهرون تدهورا عقليا أكبر بتقدم السن نتيجة زيادة الفرق بين القدرات اللفظية والعملية زيادة آلية بتقدم السن . ومن الناحية الأخرى ، فإن الأفراد الذين تعلو قدراتهم العملية سوف يظهرون تدهورا عقليا أقل أو لا تدهور على الاطلاق نتيجة لتناقص الفرق بين الدرجات اللفظية والعملية بتقدم السن . ونتيجة لدراسة منحنيات النمو فى القدرات المختلفة التى تقيسها اختبارات

المقياس ، انتهى وكسلر إلى تجميع الاختبارات في لمجموعتين التاليتين الاختبارات الثابتة : المفردات (أو الفهم) ، المعلومات ، تجميع الأشياء ، تكميل الصور ، الاختبارات غير الثابتة: إعادة الأرقام ، الحساب ، رموز الأرقام ، رسوم المكعبات ، (المتشابهات ، ترتيب الصور) .

ولحساب معامل التدهور ، يقارن مجموع الدرجات الموزونة فى الاختبارات الثابتة وفى الاختبارات غير الثابتة مع اجراء التصحيح اللازم إذا استخدم عدد مختلف من الاختبارات فى مجموعة عن الأخرى ، والأفضل أن يقارن بين مجموع الاختبارات الأربعة الأولى فى كل مجموعة . وقد تكون المقارنة فى صورة نسبة أو فرق فمثلا إذا كان مجموع الدرجات الموزونة للاختبارات الثابتة ٥٠ ومجموعها للاختبارات غير الثابتة ٤٠ فإن نسبة التدهور تكون ٢٠% ومعامل الكفاءة ٨٠ . والسؤال الهام هنا يرتبط بتحديد مقدار التدهور الدال . وقد توصل وكسلر باستخدام متوسطات الدرجات فى الاختبارات المختلة وفى فئات السن المختلفة إلى تقدير نسب التدهور "العادى" ونحن نوردها فى الجدول التالى.

جدول تقرير نسب التدهور " العادى " (١٢٦،ص٦٦) .

فئة السن	الثابتة – غير الثابتة الثابتة	
	القيمة المحسوبة	القيمة المقربة
٢٠ – ٢٤	٠,٥	صفر
٢٥ – ٢٩	صفر	١
٣٠ – ٣٤	٤	٣
٣٥ – ٣٩	٤	٥
٤٠ – ٤٤	٩	٨
٤٥ – ٤٩	١١	١١
٥٠ – ٥٤	١٤	١٤
٥٥ – ٥٩	١٦	١٦

وعلى هذا الأساس ، فإن التدهور يكون ممكنا إذا كانت النسبة أعلى من ١٠% (وهو ما يعادل بالتقريب انحراف بمقدار –١ خطأ محتمل من المتوسط فى فئة السن من ٢٠ إلى ٢٥) ، مؤكد إذا زاد عن ٢٠% (وهو ما يعادل بالتقريب انحرافا بمقدار –٢ خطأ محتمل من

المتوسط فى فئة السن من ٢٠ إلى ٢٥) من التدهـــور " العادى" ويوضح وكسلر ما سبق بالحالة التالية.

رجل فى الرابعة والخمسين من عمره . تظهر عليـــه أعراض الصداع ويشتمل تاريخه على شـــرخ قديـــم فـــى الجمجمة وقد حصل على الدرجات التاليـــة فـــى مقيـــاس وكسلر – بلفيو : المفردات ١٠ ، المعلومات ١١ ، الفـــهم ١١ ، الحساب ٦ ، إعادة الأرقـــام ٩ ، المتشـــابهات ٧ ، ترتيب الصور ٧ ، تكميل الصور ١٠ ، رسوم المكعبـلت ٧ ، تجميع الأشياء ١١ ، رموز الأرقام ٤ ، مجموع اللفظـــى ٤٥ ، مجموع العملى ٣٩ ، إعـــادة الأرقـــام ٧ ، إعـــادة الأرقام بالعكس ٤ وهو متزوج ويعمـــل جنـــدى مطـــافى . التحق بالمستشفى شاكيا من الصداع والنســـيان الفحـــص الطبى سلبى ويشير توزيع درجات الاختبارات إلى تدهـــور عقلى ملحوظ لم يكن من الممكن التنبيه إليه فـــى ضـــوء نسبة الذكاء الكلى ١٠٣ وفى ضوء عدم وجود تفاوت بين نسبتى الذكاء اللفظى والعملى . ولكن إذا قورنت درجاتـــه فى الاختبارات الثابتة وفى الاختبارات غير الثابتة ، فإننـــا نجد ما يلى :

المعلومات ١١ ، الفهم ١١ ، تجميع الأشياء ١١ ، تكميل الصور ١٠ الحساب ٦ ، إعادة الأرقام ٩ ، رسوم المكعبات ٧ ، رموز الأرقام ٤ ومجموع الاختبارات الثابتة ٤٣ مقابل ٢٦ مجموع الاختبارات غير الثابتة . وعلى ذلك فإن نسبة التدهور تساوى $\frac{٤٣ - ٢٦}{٤٣} \times ١٠٠ =$ ٤٠% فإذا حذفنا نسبة التدهور " العادى " يكون التدهور الناتج ٢٦% وهو تدهور كبير . ولم يستطيع المريض فى الواقع الاستمرار فى عمله ويلاحظ وجود العلامات العضوية التالية : انخفاض الحساب والمتشابهات ، ورسوم المكعبات ، ورموز الأرقام . ورغم أن الدرجة فى إعادة الأرقام مرتفعة " ٩ " إلا أن الدرجة فى إعادة الأرقام بالعكس كانت " ٤ " فقط .

وينبهنا وكسلر إلى أن تحديد دلالة نسبة التدهور يجب ان يتم فى المدى الطويل إحصائيا على أساس توزيع نسب التدهور لعدد كبير من الأفراد الأسوياء والمرضى ، إلا أن استخدام الطريقة السابق وصفها يعطى نتائج قريبة من

النتائج المتوقعة من الطريق الاحصائى وقد قدم وكسلر فى تحليله لنتائج مقياس WAIS جداول جديدة لا تتطلب تعديلا باختلاف السن ، وأعدت على أساس حساب معاملات التدهور لكل الأفراد فى مجموعات التقنين وفى كل فئة على حدة . وقد وجد باستخدام هذه الجداول أن نسبة متوسطة مقدارها ٥-٩% أو ٢٠% تكون دالة ، وأنها تعطى نتائج قريبة جدا من النتائج التى تحصل عليها باستخدام الطريقة الأولى .

وقد يفيد تقدير معامل التدهور فى التشخيص الفارق والتمييز بين تدهور الذاكرة العضوى وفقدان الذاكرة الهستيرى ، وبين الضعف العقلى والتدهور الفكرى ، بين الذهان العضوى والوظيفى وكذلك فى إمدادنا بالدليل والسند فى حالة غموض أو عدم توفر البيانات النيورولوجية.

ويتعترف وكسلر بأن نتائج البحوث فى هذا المضمار ليست مشجعة بالقدر الكافى وبخاصة فى حالات الضعف العقلى إذ كشفت البحوث عن ارتفاع معامل التدهور حتى فى الحالات التى لا توجد ما يدل على أن أصحابها كانوا يعملون فى وقت سابق فى مستوى أعلى ولا ينفى ذلك

بالطبع احتمال وجود التدهور فى بعض حـــالات الضعــف العقلى وهو يقرر أن معامل التدهور ليس أكثر من حقيقـــة واحدة من حقائق عدة يتعين اعتبارها قبل القطع بتشخيص معين ، ومن ذلك اختلاف الدرجات فى الاختبارات المختلفة ، وغير ذلك من محكات . كما أنه ينبـــهنا إلـــى ضـــرورة تجاهل نسب التدهور السالبة أى تلـــك التـــى يزيـــد فيـــها مجموع الدرجات فى الاختبارات غير الثابتة على مجمـــوع الدرجات فى الاختبارات الثابتة (ومن المتوقع أن يحـــدث ذلك فى مجتمع سوى فى نصف الحالات تقريبا) . ورغـــم أنه يفترض وجود دلالة لهذه النسب السالبة إلا أنه يعترف بأن هذه الدلالة غير معروفة على وجه التحديد فى الوقـــت الحاضر ، ويتعين إجراء البحوث للكشف عنها .

التحليل الكيفى والدلالات الاكلينيكية الفرعية :

يتحدد أداء المفحوص فى أى اختبار بعوامل متعـــددة ولذلك فإنه ليس من الميسور دائما تقديم تفسير واحـــد لأى استجابة معينة إلا أنه يمكن القول بأن النجاح أو الفشل فى أى اختبار معين يعتمد غالبا على الدرجة التى تتوفر بـــها لدى المفحوص المقدرة أو القدرات المتضمنة على الاختبار . ولذلك فإنه يتعين على الفاحص أن يتعرف إلى منطـــق

الاختبارات المختلفة وإلى ما يقيسه كل منها أو ما يفترض أنه يقيسه ودلالات مختلف الاستجابات لها .

ومن الانصاف القول بأن أصدق المؤشرات نستمدها من دراسات التحليل العملى ، أى أن القدرات التى تدخل فى اختبار ، تعرف أحسن ما تعرف فى ضوء العوامل المرجعية التى تفسر تباينها الرئيسى فمثلا الدرجة المنخفضة فى المفردات أو المتشابهات – يجب أن تفسر فى المقام الأول على أنها ترجع إلى قدرة لفظية محددة والدرجة المنخفضة فى إعادة الأرقام إلى ضعف الذاكرة ، والدرجة المرتفعة فى رسوم المكعبات إلى تنظيم بصرى – حركى ممتاز ، الخ .. ولكن أى عامل بمفردة ، قد يكون عاملا محددا رئيسيا فالدرجة المنخفضة فى إعادة الأرقام قد ترجع أساسا إلى تشتت الانتباه ، أكثر مما ترجع إلى ضعف الذاكرة ، والدرجة المرتفعة فى الفهم قد ترجع إلى النمطية أكثر مما ترجع إلى السهولة اللفظية ، الخ .. ولا يعنى ذلك أن العوامل الأخرى – غير القدرة العقلية – مثل توفر الفرصة للتدريب الخاص (أو عدم توفرها) ومثل الميول المهنية والقيم ، والاهتمامات والميول الشخصية ليس لها تأثير فى الدرجة التى يحصل عليها الفرد بل أن

الكثير مما سبق لنا مناقشته يؤكد هذا التأثير ويبنى على مثل هذا الافتراض . وبخاصة إذا كانت الاستجابة لا تتفق مع ما نتوقعه من المستوى العقلى للفرد الخ .. فمثلا ، قد يفشل المفحوص فى فقرات معينة دون غيرها بالرغم من نجاحه فى فقرات أصعب منها مثل فشل مفحوص فوق المتوسط فى الذكاء فى تبين الأنف الناقص فى إحدى صور اختبار تكميل الصور ، أو عجز المفحوص عن ترتيب الصور ترتيبا صحيحا فى مسلسلة معينة مثل " امسك حرامى " بالرغم من نجاحه فى ترتيب صور مسلسلة أصعب منها والأرجح فى مثل تلك الحالات أن يرجع هذا الفشل إلى عوامل انفعالية وإلى قلق حاد أو إلى عملية ذهانية . فمثلا ، قد تفشل مفحوصة فصامية فى تبين نقص الأنف فى الصور وبخاصة إذا كانت " صورة الجسم " مزعجة لها ، كأن تكون دائما الشكوى من كبر حجم أنفها وهذا هو الجانب الاسقاطى فى الاختبار .

وقد يفسر البعض تأثير هذه العوامل على أنه يدل على نفص ثبات بعض فقرات الاختبارات . وقد يختلف موقف الاخصائى الاكلينيكى عن موقف الاخصائى من هذا الموضوع إلا أن وكسلر يرى أن كلا منهما يبالغ فى

تصورة لتأثير العوامل الشخصية فى الاستجابة للاختبار .
فالحالة الانفعالية للفرد ، ودوافعه ومخاوفه ، الخ . يمكن أن تؤثر فى الدرجة التى يحصل عليها ، الا أن هذا التأثير ليس بالقدر الذى يقلل من صدق نتائج الاختبار بعمة . كما أن الأهم من ذلك هو أن هذا التأثير يجب أن ينظر إليه على أنه جانب هام من جوانب القدرة العقلية الكلية للفرد فإذا عجز الفرد عجزا مستمرا عن الأفادة من قدراته العقلية نتيجة للقلق أو لغيره من الحالات أو العوامل الانفعالية فإنه من وجهة النظر العملية يعتبر فى حكم ضعيف العقل . وقد يبدو الحديث عن الجوانب الاسقاطية فى مقياس الذكاء أمرا غريبا إلا أن مايمان وزملاءها يخصصون فصلا كاملا لهذا المقياس فى مرجع أساسى فى الأساليب الاسقاطية ويقدمون بعض أسس التطبيق الاسقاطى لمقاييس الذكاء . ويتلخص منطقهم فى تعديلين مقترحين لأسس الأساليب الاسقاطية وهما : أولا : الشخصية ليست فقط نمطا من عمليات ديناميه ، ولكنها أيضا تنظيم هيراركى يشتمل على عمليات شبه ثابتة تبرز فى التاريخ الارتقائى للفرد ، وثانيا : أن " النظرية الاسقاطية " يجب أن تطبق السلوك التعبيرى الخلاق ولكن

أيضا عن طريق انجازاته شبه الثابتة ، أى عــن طريــق نمطه فى الارتقاء الانتقائى واستخدامه للوظائف الفكريــة . ومثل هذا التقدير يؤكد أهمية اختبار الذكاء فى أى بطاريــة للاختبارات الاسقاطيــة .

وقد أهتم وكسلر بتقديم عدد غير قليل مــن الحــالات الفردية التى توضح استخدام مقياس الذكاء كيفيا بالاضافــة إلى استخدامه كميا . ويمكن القول العقلى من الاختبار إلــى الفاحص ، ومن المؤشرات " الموضوعية " التى تلخــص السلوك إلى التفسير الذى يعتمد علــى مــهارة الفــاحص وحسه الاكلينيكى . وقد سبق أن أوضحنا موقفنا فى هــذا المجال ، وأوضحنا أن الاكلينيكى يتعيــن عليــه أن يقــوم بتلخيص السلوك موضوعيا ، ثم تفسيره مستعينا فى ذلــك بحسه الاكلينيكى والنظرية التى بها فى التفسير مع مراعاة كاملة لحدود هذه النظرية . ولعل الاكلينيكى بوصفه باحثــا ونتيجة لخبرته الاكلينيكية يمكن أن يسهم فــى تقريــب " الحس الاكلينيكى " من الموضوعية قدر الإمكان .

ويكشف التحليل الكيفى لاختبــارات المقيــاس عــن الفروق الرئيسية بين العمليات الفكرية التى يســتند إليــها الانجاز فى الاختبارات التى تتطلب الاســتجابة اللفظيــة ،

وتلك التى تتطلب أداء بصريا – حركيا . ويلاحظ أن أربعة اختبارات فى المقياس اللفظى هى : المعلومـــات والفــهم والمتشابهات والمفردات ، يمكن القول بأنها لفظية أساســا حيث أن الاستجابة الصحيحة لها تتطلب ذخيرة من الذاكرة ومن المفاهيم اللفظية بينما لا يتضمن الاختباران الباقيان : الحساب وإعادة الأرقام وظائف لفظية أساســا ، ولكنــهما يرتبطان بالأرقام وبالعلاقات العددية وفى المقياس العملى ، تتطلب ثلاث اختبارات هى : رســوم المكعبــات وتجميــع الأشياء ورموز الأرقام تناسقا بصريا – حركيا ، وهو مــا يميزها عن الاختبارين الباقيين . ترتيب الصــور وتكميــل الصور ، وفيهما لا يشكل الأداء الحركى عاملا هامــا فــى الانجاز ، ولذلك فإنه يمكن وصفهما بأنــهما أساســا مــن اختبارات التنظيم البصرى . وتعــدد مايمــان وزملاؤهــا الوظائف الفكرية التى يفترض أنــها تلعــب دورهــا فــى الاستجابة لاختبارات المقياس فيمــا يلــى : (١) الذاكــرة وتكوين المفهوم ، وتلعبان دورهما فى تجميع وفى تنظيــم الذاكرة والخبرة (٢) الانتباه والتركيز والتوقع وهى تعمــل فى توجيه الفرد توجيها انتقائيا فى كل من مواقف الاتصال بالواقع ، (٣)التنظيــم البصــرى والتنســيق البصــرى –

الحركى ، ويرتبطان بالعمليات الادراكية ودورها المتكامل فى توجيه العمليات الحركية .

ويقيس كل اختبار من اختبارات المقياس أساسا وظيفة أو وظيفتين على الاكثر من الوظائف السابقة ، ولكن من المفهوم أن عدة وظائف قد تلعب دورها فى تحديد مستوى الانجاز فى أى اختبار فمثلا يعتبر اختبار المتشابهات أساسا اختبارا فى تكوين المفهوم اللفظي ولكن من المؤكد أن الفرد كى يجيب عن السؤال يجب أن " يتنبه " له ويجب أن " يتوقع " نوع الاجابة المطلوبة فلا يستحسن مثلا بالمقارنة بين الموضوعين أو بوصفهما ، كما أنه يستعين بالذاكرة كى يستعيد فى ذهنه الخصائص الرئيسية للموضوعين المعينين ، إلا أنه بالرغم من كل ذلك فإن تكوين المفهوم اللفظي هو الوظيفة الرئيسية التى يقيسها الاختبار .

وسوف نلخص فى الفقرات التالية آراء مختلف الباحثين ، وفى مقدمتهم وكسلر ، ورابابورت وشيفر ومايمان وزملاؤها فيما يتصل بدلالات الاختبارات الفرعية فى مقياس وكسلر – بلفيو ، وقد سبق أن مثلنا للكثير منها

فى الفقرات الخاصة بالفصام وبغيره من الفئات الاكلينيكية

المعلومات :

وهى تقيس مدى معرفة الفـــرد ، وذاكرتـــه البعيـــدة وتشير الدلائل إلى أن مدى معلومات الفرد مؤشـــر جيـــد بعامة على قدرته العقلية فقد احتفظ فى أعـــداد الاختبـــار بالفقرات التى تزيد نسبة النجاح فيها بازديـــاد المســـتوى العقلى . وتدل الدرجة فى الاختبار على مقدار تنبه الفـــرد للعالم من حوله . والاختبار يفترض توفر فرصة عاديـــة أو متوسطة لتلقى المعلومات اللفظية . وأكثر ما يؤثـــر فـــى مستوى معلومات الفرد تعليمه ومستواه الثقافى واهتماماته ودوافعه وطموحه الفكرى كما أن المعلومات مثل المفردات يعوق اكتسابها التجاء الفرد إلى ميكانيزم الكبـــت أى أن الفرد يبعد عن الشعور ، الحقائق التى ترتبط ولو ارتباطـــا بعيدا جدا ، بالأفكار والمشاعر المشحونه بالصراع وعلـــى العكس ، قد يجيد الشخص راحة وأمنا فى تســـليح نفســـه بذخيرة من المعلومات .

ويرى البعض فى ذلك من الناحية القياسية مصـــدرا للخطأ – إلا أنه نظرا لأنها عوامل يتعين أخذها فى الاعتبار فإنه من المهم أن نلقى الضوء عليها بدلا من أن نعمـل على لخفائها . وفى المقارنة بين أنواع الفقرات التى ينجح المفحوص فى الاجابة عنها وتلك التى يفشل فى الاجابـــة عنها وبخاصة إذا اعتبرنا مستواه الثقافى ونســبة ذكائـه فمثلا إذا أجاب شخص محدود التعليم اجابة صحيحة عــن أسئلة مثل : " مين اللى كتب كتاب الأيام " ؟ أو " ايه هــو علم الحفريات "؟ دل ذلك على أنه شخص متيقظ وأن لـــه اهتمامات اجتماعية . أما إذا فشل شخص متعلم أو مرتفـع الذكاء فى الإجابة عن أسئلة مثل : " الهند تبقى فيـــن ؟ " دل ذلك على قلة الاهتمام ، وفى الحالات المرضيــة علــى النزعةإلى الانزواء وتجنب الواقع وتزداد الدلالة بخاصـــة إذا كان العميل ممن يفترض المامهم بمثل هذه المعلومـــات كأن يكون مدرس تاريخ أو جغرافيا ، الخ .. وقـــد تكــون للفروق الكبيرة بين الدرجة الموزونة فى المعلومات وبيــن الدرجة الموزونة فى غيرها من الاختبارات دلالة إكلينيكيـة هامة ، وبخاصة الفرق بيـــن المعلومـــات والمفـــردات (درجتان أو أكثر) وذلك نظرا لما وجد بينهما من ارتبـــاط

مرتفع . فإذا وجد مثل هذا الفرق وبخاصة بين المتعلمين ، كان لنا أن نتوقع اهتمامات محدودة من الأشخاص أو نزعة إلى الأنزواء من البيئة .

الفهم :

يقيس طبقا لوكسر قدرة الفرد على تقويم خبراته الماضية فهو قريب فى دلالته مما يسمى " اختبار الواقع " ويرى رابابورت أن الاختبار يتضمن شيئا قريبا من القدرة على إصدار حكم أو استجابة مناسبة لموقف . وتتوقف الإجابة الصحيحة على استخدام رصيد قائم من المعرفة واستخدامها بصورة مناسبة فكريا وانفعاليا . أى أن الاستجابة لا تتوقف على معرفة الإجابة " الصحيحة " بقدر ما تتوقف على اختيار أنسب الإجابات من مدى واسع من الاستجابات الممكنة ذلك أن ما نقصده بكلمة " إصدار حكم " مفهوم وسط بين الفكر والانفعال ، وبالتالى فإن سوء التوافق يؤدى إلى خفض الدرجة فى الاختبار . إلا أن الإجابة المقبولة قد لا تكون أكثر من مجرد استجابة نمطية أو " اكليشيه لفظى " . ولذلك ، فإنه يتعين على الفاحص التعمق فى دراسة حقيقة دلالة الاستجابة .

والاختبار حين يطبق على الأطفال ، فـــإن الإجابـــة ترتبط ارتباطا عاليا بالسن وبالنضج الاجتماعى . ورغم أن الأطفال الأذكياء من صغار السن قد يحرمون من الحصـــول على درجات مرتفعة فى الاختبار إلا أن ذلـــك لا ينتقـــص انتقاصا جديا من درجتهم فى النهاية ، والاسئلة لا تتضمن كلمات غريبة أو غير مألوفة ، ولذلك فإنه حتى الأفراد من أصل أجنبى لا يجدون صعوبة فى فهم الأسئلة .

المتشابهات :

تقيس تكوين المفهوم اللفظى وقدرة الفرد على التعبير اللفظى عن العلاقات بين موضوعين . ويشتمل الاختبـــــار على قدر كبير من العامل العام ، وتشير الاستجابة الضعيفة إلى جمود أو صلابة أو تحريف فى العمليات الفكرية . وقد تتميز فى الاستجابة ثلاثة مستويات هـــى : (١) العيـــانى ويتمثل فى إنكار وجود أوجه شبه أو اعطاء وجـــه شـــبه سطحى مثل " الكلب والأسد " الأثنين لـــهم رجليـــن ، (٢) الوظيفى الأثنين بياكلوا ، (٣) المفهومى الأثنين حيوانات . وفى هذا المستوى الأخير ، تلخص كل الخصائص الرئيسية المشتركة بين الموضوعين .

ونظرا لأن المتشابهات تشير إلى علاقات بين حقائق ، فإن الاستجابة لها تكشف عن الطريق التى ينظر بها المفحوص إلى عالمه ويربط بها بين الأشياء .

وسوف نعود إلى مناقشة دلالة هذا الاختبار فى عرضنا لاختبارات تكوين المفهوم فى فصل تال .

إعادة الأرقام :

لا يقيس هذا الاختبار الذاكرة فقط ، إذ يرتبط انخفاض الدرجة فى الاختبار بتشتت الانتباه وبخاصة بالنسبة لإعادة الأرقام بالعكس ، ويشير ذلك إلى نقص الضبط العقلى ، والمقصود بالانتباه هو أن يسجل الفرد فى الشعور المنبهات التى يتعرض لها بصورة سلبية غير انتقائية دون أن يبذل جهدا ، وهو ما نفعله عادة حين نقرأ جريدة أو نستمع إلى حديث . فإذا ما بذل الفرد مجهودا شاقا للاستماع إلى الأرقام فإنه يفشل غالبا ، ويضطرب انتباهه نتيجة القلق أو عوامل انفعالية . وتشير بعض البحوث الحديثة إلى أن الدرجات المنخفضة على هذا الاختبار يزداد تواترها فى حالات الاصابة المخية عنها فى الحالات السوية .

الاستدلال الحسابى :

لا يقيس هذا الاختبار الاستدلال الحسابى فقط ، بل يفترض أنه يقيس أيضا وعلى الأقل بالنسبة لمتوسطى الذكاء ، القدرة على التركيز ، ويقصد به هنا تركيز الانتباه لإجراء عمليات فكرية . إلا أن نقص الدرجة بالنسبة للأميين مثلا ، يصعب أن يكون دليلا على نقص التركيز ، بل يرجع إلى عدم اتاحة الفرصة للتعليم . وفى هذه الحالة فإن الاختبار يقيس فعلا ما يشير إليه اسمه وهو الاستدلال الحسابى وقد تتأثر الدرجة فى الاختبار بالحالات الانفعالية العارضة فضلا عن القدرة على التركيز . ويرى رابابورت أن هذا الاختبار هو واختبار إعادة الأرقام من أكثر الاختبارات تأثرا بسوء التوافق بدليل انخفاض متوسط الدرجة وزيادة الانحراف المعيارى فيهما عن بقية الاختبارات التى طبقت على الفئات المرضية . ونظرا لأن الاختبار يرتبط ارتباطا مرتفعا بالذكاء الكلى ، فإن الأطفال الذين يحصلون على درجات منخفضة فى الاختبار يغلب أن يواجهوا صعوبات فى المواد الدراسية الأخرى .

المفردات :

يرى وكسلر أن المفردات التى يستطيع الفرد تعريفها ليست مقياسا لمقدار ما تعلم فقط كما يظن عادة ، ولكنها أيضا مقياس ممتاز لذكائه العام. ويرجع ذلك فى تقدير وكسلر إلى أن عدد الكلمات التى يستطيع الفرد تعريفها مقياس لقدرته على التعلم ولحصيلته من المعلومات اللفظية ، والمدى العام لأفكاره . والاعتراض الرئيسى على استخدام المفردات فى قياس الذكاء هو أن حصيلة الفرد من المفردات تتأثر بالضرورة بما يتاح له من فرص للتعليم وللتثقيف ، وهو ما دعا وكسلر أول الأمر إلى اعتبار اختبار المفردات فى مقياس وكسلر - بلفيو (تقنين ١٩٣٩) اختبارا احتياطيا لم يدخله فى تقدير نسبة الذكاء . إلا أنه سرعان ما اتضح له أن هذا الاعتراض ليس من الخطورة كما كان يظن سابقا ، فأوصى عام ١٩٤١ بشدة بضرورة استخدام الاختبار بصورة منتظمة ، ثم أدمجه كجزء متكامل من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين WAIS تقنين ١٩٥٥ .

واختبار المفردات من أكثر الاختبارات ثباتا فى المقياس ، أى أنه لا يتأثر تأثرا كبيرا بتقدم السن ، وهو يرتبط ارتباطا مرتفعا مع الدرجة الكلية ومع معظم

الاختبارات اللفظية بمقدار يتراوح من ٠,٧ إلى ٠,٩ بصورة مطردة على مدى السن وقد وجد مليكه نتيجة قريبة جدا من ذلك فى المجتمع المحلى .

ويهتم وكسلر أشد الاهتمام بالجانب الكيفى فى تحليل الاستجابات لاختبار المفردات فهناك فى تقديره فرق واضح بين راشدين يعرف أحدهما " الجمل " بأنه " حيوان مجتر " أو أنه " سفينة الصحراء " بينما يعرفه الآخر بأن " له أربعة أرجل " أو " له رقبة طويلة " أو أنه " يشبه الزراف " . وقد نستدل أحيانا على المستوى الثقافى للمفحوص من نوع الكلمات التى يستطيع تعريفها . فربما استطاع فرد أقل من المتوسط فى الذكاء تعريف كلمة " كوميديا " إذا كان من مستوى ثقافى عام مرتفع ، بينما قد لا نجد فرقا كبيرا بين المستويات الثقافية المختلفة فى تعريف كلمة مثل " مكافحة " .

إلا أن الأهم من كل ما سبق قدير وكسلر هو ما يكشف عنه اختار المفردات من طبيعة العمليات الفكرية ، ولا يعنى ذلك أن تعريف الكلمة يجب أن يكون غير صحيح أو خلطيا لكى ،يكون له دلالة إكلينيكية فمثلا من المحتمل أن نجد فروقا بين من يعرف كلمة "قرض" بأنها سلفة أو

قرض الشعر أو قطع ، وكذلك بين من يعرف " ســـراب " عن طريق تفسيره تفسيرا عمليا وبين من يتحدث عن أمل خادع ، ألخ وهذا هى القيمة الاسقاطية للمفــردات ولا يجد وكسلر قيمة تشخيصية كبيرة فى التصنيف المـــألوف لتعريف المفردات إلى : " مجرد " و " عيـــانى " أو إلـــى " وصفى " " وظيفى " و " مفهومى " ولكنــــه يولـــى اهتماما أكبر بالصور الشاذة من الاستجابات مثل الافاضـــة الزائدة فى الوصف وفى التفـــاصيل غـــير الضروريـــة أو الحذف أو الخلط مما سبق أن ناقشناه فى الفقرات الخاصة بالفصام . وفى بعض الحالات قد تتأثر المفردات بـــالكبت (كما يحدث فى الهستيريا) فتنخفض الدرجة عليها . أو قـــد يلجأ إليها الفرد كحيلة دفاعية ، كمـــا يحـــدث فـــى حالـــة المصابين بالوسواس – القهر الذين يحصلون على درجات مرتفعة على المفردات .

وفضلا عن ذلك فإن المفردات قليلـــة التـــأثير نســـبيا بالعمليات العقلية المرضية ، ويقدر رابابورت ما يســـميه " تشتت المفردات" عن طريق الفروق بين الدرجة فـــى كـــل اختبار فرعى والدرجة فى اختبـــار " للمســـتوى الأصلـــى

الفرضى " للوظيفة العقلية للفرد والتى يمكن منها قياس التدهور فى الوقت الحاضر .

ترتيب الصور :

وهو اختبار للتوقع والتنظيم البصرى ، ويقيس قدرة الفرد على فهم وتقدير الموقف الكلى وعلى التخطيط وتقدير العواقب . فالفرد يتعين أن يفهم الكل وأن يتوصل إلى الفكرة قبل أن يستجيب للاختبار ويتضمن الاختبار مواقف عملية أو أنسانية . وقد يقيس طبقا لوكسلر " اليقظة الاجتماعية "

وهو يرى أن فهم ومتابعة الأفكار أو القصص المتضمنة فى الصور لا يتوقفان كثيرا على العوامل الثقافية التى يتعرض لها العميل فى بيئته ، ويستشهد على صحة رأية بأن الصور فى النسخ غير الأمريكية فى المقياس (مثل النسخة اليابانية) قد أدخلت أقل تعديلات ممكنه فى هذا الاختبار . إلا أن لا ينكر أن للعوامل الثقافية دورها فى تفسير سلسلة الصور . وهو ما أشارت إليه دراسة بريجز فى. ولكن الاختلاف فى الاستجابة نتيجة للعوامل الشخصية أكثر شيوعا فى نظر وكسلر من الاختلاف نتيجة للمؤثوات الثقافية وهو ما يمثل الجانب الاسقاطى فى الاختبار .

ويمكن أن نحصل عليه بأن نطلب من المفحوص ذكر قصة عن كل سلسلة من الصور بعد ترتيبها لها ، أو أن ننتظر بعد انتهائه من الاختبار كله ، ثم نعيد ترتيب كل سلسلة بنفس الطريقة التى رتب بها الصور ، ونطلب منه ذكر قصة عما حدث فى كل سلسلة من الصور . وقد يتطلب الأمر بعض الاستفسار كما يحدث فى اختبار تفهم الموضوع وتزداد أهمية الجانب الاسقاطى بخاصة فى حالات الاستجابة بترتيب شاذ ، وكثيرا ما تكشف اتجاهات البارانويا عن نفسها عن طريق إدخال عناصر لا يوجد مقابل عيانى لها فى الصور .

ويلاحظ أنه فى الصورة العربية من المقياس ، قد أدخلت بعض التعديلات الضرورية ، فى شكل المنزل مثلا ، وفى ملابس وملامح الأشخاص ، كما أعدت سلسلة " السفر " بدلا من السلسلة الأصلية elevator وسلسلة " الفكهانى " بدلا من سلسلة flirt وغير موضوع سلسلة " التاكسى " .

تكميل الصور :

يقيس قدرة الفرد على التمييز بين التفاصيل الأساسية وهو مثل ترتيب الصور يقيس التنظيم البصرى فى نظر

رابابورت ، ولا يتطلب نشـــاطا يدويـــا هامـــا ، ويعتـــبر رابابورت الاختبار مقياسا للتركيز البصرى أى القدرة على الكشف بصريا عن التناقض فى الصورة نتيجـــة الحـــذف ويتأثر أداء الفرد فى هذا الاختيار بدرجة ألفته بمضمـــون الصور فالشخص الذى لم يشهد باخرة أو لم يقرأ عنها ، لا يتوقع منه أن يعرف أن كل البواخر لها مداخن توجد غالبا فى وسطها . والعيب الأساسى فى الاختبار هو انخفـــاض سقفه اى نقص قدرته على التميـــيز بيـــن الأفـــراد فـــى المستويات المرتفعة الذكـــاء ، ومـــن الاســـتجابات التـــى يستثيرها أحيانا اختبار تكميل الصور ، وتلك التى لا توجـد صلة واضحة بينها وبين المدارك المباشر . فـــالمفحوص يرى أشياء يظن أنها يجب أن توجد فى الصورة حتـــى إذا لم يكن ذلك من مقتضيات يظن أنها يجب أن توجـــد فـــى الصورة حتى إذا لم يكن ذلك من مقتضيات معناها ، مثـــل الألوان ، ومثل بقية الجسم فى صـــورة الـــرأس والعيـــن الأخرى فى صورة بروفيل الوجه وكذلك العجز عن تميـــيز أشياء معينة ، مثل " اللعبة " الكهربائية ، الخ ..

وقد تصدر مثل هذه الاستجابات عن الأســـوياء ، إلا أنها إذا زادت عن مرة أو مرتيـــن فـــى اســـتجابة الفـــرد

للاختبار كان لها فى تقدير وكسلر بعض الدلالة المرضية . وقد تكون الاستجابة من النوع الخلطى وهى تصدر غالبا من الفصاميين ، كما أن الاستجابة بـ "لاشئ " قد تدل على السلبية ، وأحيانا على مخاوف مرضية .

رسوم المكعبات :

يمكن اعتبار هذا الاختبار مع تجميع الأشياء ورموز الأرقام اختبارات للتناسق البصرى – الحركى . وتفيد إلى حد كبير ملاحظة سلوك الفرد أثناء أدائه للاختبار من تردد ومحاولة وخطأ ، أو قدرة على التجريد ، أو اندفاعية أو حذر أو تخطيط أو يأس سريع أو مثابرة إلى غير ذلك من السمات المزاجية التى تعبر عن نفسها أثناء تأدية الاختبار . ويتضمن هذا الاختبار كلا من القدرة التركيبية والتحليلية . إذ يتوقف النجاح والسرعه فى الأداء إلى حد بعيد على قدرة الفرد على تحليل الكل إلى مكوناته الجزئية . ويكشف هذا الاختبار مع تجميع الأشياء ، إلى حد ما عن نوع من القدرة الخلاقة . فالاختبار يتطلب عمليات فكرية شبيهة بالعمليات المتضمنة فى تكوين المفهوم .

تجميع الأشياء :

يتطلب هذا الاختبار وضع أشياء معا فى نمط مـألوف ، والقدرة على المثابرة فى العمل ، فضلا عـن التناسـق البصرى – الحركى . ويكشف سلوك الفرد أثناء الاختبـار عن أسلوبة فى حل المشكلات وقد تكون استجابة الأفـراد للاختبار عن أسلوبه فى حـل المشـكلات . وقـد تكـون استجابة الأفراد للاختبار واحدة من الفئات التاليـة : (١) استجابة حالية للكل يصاحبها فهم ناقد للعلاقة بين الأجزاء (٢)تعرف سريع على الكل ولكن فهم ناقص للعلاقة بيـن الأجزاء (٣) فشل فى فهم الموقف الكلـى . ولكـن بعـد محاولة وخطأ فهم مفاجئ للكل .

رموز الأرقام :

فى هذا الاختبار ، يطلب من المفحوص الربـط بيـن رموز معينة ورموز أخرى معينة . وتدل السرعة والدقـة فى الأداء على مستوى القدرة العقلية . ويرى وكسـلر أن الاختبار يعكس المرونة فى التداعى حيـن يواجـه الفـرد موقفا جديد من مواقف التعلم . ونظرا لعامل السرعة فـإن الاختبار يصبح أحيانا اختبارا فى التركيز ، إلا أن رابابورت يرى فيه اختبارا للتنسيق البصرى – الحركى يعتمد علـى

تقليد رموز معينة ، وهو ما يميزه عن كل من رسوم المكعبات وتجميع الأشياء ، والاختبار شديد الحساسية للتخلف النفسي- الحركي وبوصفه مقياسا لتعلم الجديد ، فإنه يفيد في حالات الاضطرابات العضوية ، إلا أن هذه الفائدة محدودة نظرا لتأثر الدرجة بالجانب الحركي من حيث السرعة والدقة . وينخفض أداء العصابيين في هذا الاختبار نظرا لما يتطلبه من التركيز والمثابرة .

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال

أعد مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (WISC) ليكون امتداد طبيعيا لمقياس وكسلر – بلفيو لذكاء الراشدين . ويشترك المقياس في الكثير من الأسئلة بعد إضافة بعض أسئلة جديدة سهلة لكل اختبار وذلك لكي يصلحي للتطبيق على الأفراد من سن الخامسة إلى الخامسة عشر . ويؤكد وكسلر ضرورة الدراسة الوافية من جانب الفاحص لتعلميات مقياس الأطفال وطرق تصحيحة وتفسيره واستخدامه إكلينيكيا مهما كان مستوى تدريبه على مقياس الراشدين .

وقد قام إسماعيل ومليكه عام ١٩٥٦ باعداد مواد هذا المقياس باللغة العربية بعد إدخال التعديلات الضرورية

التى يتطلبها الاختلاف بين البيئتين العربية والأمريكيــة .
وقد أفادا من الخبرات المتكـــررة فـــى تطبيـــق المقيــاس لمراجعة وتعديل بعض الفقرات فى الطبعتين الثانية والثالثة ، وأعدا نماذج التصحيح لثلاثة اختبارات هى الفهم العـــام والمتشابهات والمفردات من واقع استجابات مجموعة مـــن الأطفال المصريين إلا أنه لم يتيس لهما بعد استكمال بقيـــة مراحل تقنين المقياس واعداد جداول الدرجات الموزونـــة وجداول نسب الذكاء وقد يرى الفاحص لحيـــن اســـتكمال التقنين المحلى للمقياس ، والأخـــذ بالمعـــاييرالتى أعدهـــا وكسلر من واقع استجابات عينة التقنين الأمريكيـــة وفـــى هذه الحالة يمكنه الرجوع إليها فى دليل المقيـــاس الـــذى أعده وكسلر ولكن يتعين على الفاحص فى مثل هذه الحالة أن يدرك حدود هذا الاجراء وعواقبة وبخاصة فى استخدام النتائج لأغراض تطبيقية .

ويتكون المقياس من ١٢ اختبـــارا ، وينقســـم إلـــى مقياسين : لفظى ويشمل : المعلومات العامة ، الفهم العـــام ، والحساب ، المتشابهات ، وإعادة الأرقام والمفـــردات ، وعملى ، ويشمل : تكميل الصور ، ترتيب الصور . رسوم المكعبات ، تجميع الأشياء ، الشفرة والمتاهات . ويتكـــون

هذا الاختبار الأخير من ثمان متاهات مرسومة على الورق ، ويستخدم القلم الرصاص فى الخروج منها ، ويدخل فـــى تقدير الدرجة الوقت والأخطاء .

وقد استخدمت فى تقنين المقياس فى نسخته الأصليــة جميع الاختبارات الأثنى عشرة ، الا أن المقياس أختصــر بعد ذلك إلى عشر اختبارات فقط اقتصــادا فــى الوقــت ، فاصبح يتكون من خمسة اختبارات لفظية ومثلها عمليــة ، وذلك بعد حذف إعادة الأرقام والمتاهــات نظــرا لضعــف ارتباطا كل منهما ببقية المجموعة التــى ينتمــى إليــها ، ولطول الوقت الذى يستغرقه اختبار المتاهات . وتحســب نسبة الذكاء فى المقياس الأصلي على هذا الأســاس ، إلا أنه من الممكن ، بل ومن المستحسن إذا سمح الوقت بذلك ، أن تطبق جميع الاختبارات الاثنى عشــر . وفــى هــذه الحالة ، يتعين إجراء التعديل الحســابى الضــرورى فــى الدرجات الموزونة . وقد أعد وكسلر جودلا لتسهيل هــذا التعديل . ورغم الابقــاء علــى اختبــار الشــفرة ، إلا أن الفاحص يستطيع أن يختار بينه وبين اختبار المتاهــات إذا أراد الاكتفاء بخمسة اختبارات عملية . ومــن الضــرورى التنبيه إلى أن هذه الاختبارات البديلــة : إعــادة الأرقــام

والشفرة (أو المتاهات) تستخدم إذا سمح الوقت بذلك أو إذا كانت هناك صعوبات فى استخدام بعـــض الاختبـــارات الاخرى ، ولكن لا يجب أن تستخدم لمجرد أن المفحـــوص قد فشل فى الاختبارات الأخرى .

وقد اشتملت عينة التقنين فى المقياس الأمريكى علـــى ١٠٠ ولدا ١٠٠ بنتا فى كل سن مـــن ٥ إلـــى ١٥ ســنة بمجموع ٢٢٠٠ حالة توزعت جغرافيا ومن حيـــث مـــهن الآباء والاقامة فـــى الريـــف أو الحضـــر ، وذلـــك طبقـــا لخصائص التوزيع التى كشف عنـــها تعـــداد ١٩٤٠ فـــى الولايات المتحدة الأمريكية . وقد اقتصرت العينـــة علـــى الأطفال البيض وطبق المقياس على الأطفال فى حدود شهر ونصف من منتصف الفترة السنوية . وتكونت العينة كليـــة من أطفال المدارس فى ٨٥ بلدا فى ١١ ولاية ، بالاضافـــة إلى ٥٥ طفلا من ضعاف العقول فى ثلاث مؤسسات .

ويقرب نظام التصحيح فى مقياس الأطفال من نظـــام التصحيح فى مقياس الراشدين ، فبعد أن تحول الدرجـــات الخام فى كل اختبار فرعى إلى درجات معيارية بمتوســـط ١٠ وانحراف معيارى ٣ مـــن الجـــداول المعـــدة للفـــترة العمرية المعينة (كل أربعة شهور فى الأعمار من ٥ إلـــى

١٥) ، تجمع هذه الدرجات المعيارية للاختبارات الفرعية وتحول إلى نسب ذكاء انحرافية (لفظية وعملية وكلية) بمتوسط ١٠٠ وانحراف معيارى ١٥ . ويمكن أيضا تقدير أعمار عقلية تقابل الدرجات على المقياس رغم أنها ليست مطلوبة لتقدير نسب للذكاء .

وتكشف نتائج البحوث عن معاملات ثبات مرتفعة للمقاييس الثلاثة : الكلى واللفظى والعملى فى الفئات العمرية المختلفة ، إلا أنه تنخفض نسبيا للاختبارات الفرعية ، وبخاصة فى الأعمار الصغرى ، مما يستوجب الحذر فى تفسير الفروق بين الدرجات عليها ، وفى درسة تتبعية على مدى أربع سنوات شملت ٦٠ تلميذا طبق عليهم المقياس فى الفرقة الخامسة ، وأعيد تطبيقة عليهم فى الغرفة التاسعة ، وجدت معاملات ثبات تتراوح بين ٠,٧٤ ، ٠,٧٧ للمقاييس الثلاثة مقابل ٠,٧٨ لمقياس ستانفورد – بينيه .

ويشير عدد من البحوث إلى صدق المقياس ، فضلا عن أن جداول الدرجات المعيارية للاختبارات الفرعية تقوم فى حد ذاتها دليلا على التمايز حسب العمر ، فإنه لم يحصل غير أربعة أطفال على نسبة ذكاء كلية تزيد عن

٧٠ من بين ٥٥ طفلا هم مجموعة ضعاف العقـــول فـــى عينة التقنين ، وكان متوسط نسبيا بين درجات المقيـــاس ودرجات التحصيل المدرسى . كما يكشف المقياس أيضـــا عن الفروق المتوقعة فى نسب الذكاء بين الأطفال الذيـــن ينتمون إلى فئات مهنية مختلفة وكذلك بين أطفال الريـــف والحضر ، وبخاصة فى المقياس اللفظـــى الـــذى ترتفـــع المتوسطات عليه بين أطفال الطبقـــات المهنيـــة الأعلـــى وأطفال الحضر ، ويرتفع الارتباط بين الدرجة على مقياس ستانفورد – بينيه ومقياس وكسلر للأطفال ، بينما يحصـــل المتخلفون عقليا على نسب ذكاء أعلى فى وكسلر عنها فى ستانفورد – بينيه وترتفع معاملات الارتباط الداخلية بيـــن الدرجات على الاختبارات المختلفة وبينها وبين المقـــاييس اللفظية والعملية والكلية فى الوجهات المتوقعـــة . ورغـــم وجود قدر مشترك بين المقياسين اللفظى والعملـــى ، إلا أن الارتباط بينهما منخفض إلى الحد الذى يبرر الاحتفاظ بكل منهما .

ويجدى القارئ فى الدراسة التى قام بـــها زيمرمـــان ووسام عرضا وافيا للبحوث التى استخدم فيـــها مقيـــاس ويسك فى الفترة من ١٩٦٠ إلى ١٩٧٠ .

وتشير فلورنس هالبرن من واقع خبرتـــها إلـــى أن الطفل الفصامى قد يحصل على درجات فـــى الاختبـــارات الفرعية يبلغ فيها الفرق بين أعلى أداء ، وأقـــل أداء ١٢ درجة أو أكثر . كما أن الأداء على الاختبار الفرعى الواحد لا يتسم بالاتساق ، فقد يفشل فى فقرات سهلة رغم نجاحه فى الفقرات الصعبة . وليست هناك علاقة بيـــن مســتوى أدائه وبين مستوى صعوبة الفقرة . وتشير هالبون أيضـــا إلى أهمية التحليل الكيفى لاستجابات الطفـــل ، فمثـــلا قـــد يجيب الطفل الاعتمادى عن سؤال " ماذا يفعـــل إذا جـــرح أصبعه ؟ " بأنه يخبر أمه ، وهو يفعل ذلك أيضـــا إذا بـــدأ الشجار معه طفل أصغر منه ، وقد نجد الطفل الذى يحرص على انكار أنه يتشاجر مع غيره من الأطفال ، والطفل الذى لا يتردد فى الإجابة بأنه سوف يضرب الطفل الأصغر منـــه سنا إذا بدأ الشجار معه .

وقد أورد وكسلر مثالا لطريقة الجمع بين اختبـــارات المقياس لتعطى أنماطا مميزة ، وهو ما كشف عنه بحـــث فى أداء الأطفال الفصاميين فى المقياس ، ويتمـــيز هـــذا الأداء بدرجة عالية فى تكميل الصور ، منخفضة فى ترتيب الصور ، مرتفعة فى تجميع الأشياء ، منخفضة فى رمـــوز

الأرقام . وتعالج الاختبارات الأربعة بوصفها مجموعة فريدة ، ويتعين أن يحصل المفحوص على درجات فى كل منها تتفق مع النمط من حيث التسلسل ومن حيث ترتيب الدرجة .

وقد أعد وكسلر مراجعة لمقياس ويسك باسم WISC-R تغطى المدى العمرى من ٦ إلى ١٦ سنة ، ١١ شهرا . وقد عدل بعض الفقرات لتكون أكثر ملاءمة لمجموعات معينة من الأطفال ، كما استخدم عددا من الفقرات الجديدة ، واستحدث بعض التعديلات فى التعليمات لتكون أكثر وضوحا . وقد اختيرت عينة التقنين على أساس تعداد ١٩٧٠ من حيث السن والجنس والعنصر والتوزيع الجغرافى والريف والحضر ومهنة رب الأسرة . كما أعد وكسلر أيضا مقياسا للأعمار من سن ٤ إلى سن ٦,٥ باسم : Wechesler-preschool and primary Scale of intelligence Wppsi وهو يتداخل مع ويسك فى العمر من ٥ إلى ٦,٥ ، وقد قنن المقياس على عينة مختارة من المستويات العمرية الستة تمثل الجنس والعنصر ومهنة الأب والتوزيع الجغرافى والريفى والحضرى . ويشتمل المقياس على خمسة اختبارات لفظية (بالاضافة إلى

اختبار بديل) وخمسة اختبارات عملية . ويعطى مقياس " ويبسى" أيضا نسب ذكاء لفظى وعملى وكلى .

وفى تقييم مقياس وكسلر لذكاء الأطفال ، تثير أناشتازى سؤالا منطقيا طريفا ، وهو أن وكسلر أعد مقياسة للكبار ليكون أكثر من مجرد امتداد لمقاييس الصغار والتى كانت متوفرة حينذاك ، فكيف يبرر اعداد مقياس للصغار هو فى حقيقة الأمر امتداد سفلى لمقاييس الكبار ؟ .

الاختبارات غير اللغوية لقياس الذكاء :

سبق أن أشرنا إلى أن اختبار الجيش " بيتا " كان أو أختبار استخدم خلال الحرب العالمية الأولى لفحص الجنود الأميين والذين لا يتكلمون الانجليزية ، وكذلك من يحصلون على درجات ضعيفة فى اختبار ألفا ، وذلك نظوا لأرتفاع قدرة اختبار " بيتا " عن " ألفا " فى التمييز بين الأفراد من المستويات المنخفضة ، وذلك نظرا لانخفاض سقفه . ومن الممكن أن يطبق اختبار " بيتا " باستخدام الاشارات والبانتوميم والنماذج ، وأن يستجيب الأفراد برسم خطوط أو علامات فيما عدا اختبارا واحدا يتطلب

كتابة أرقام . وتركز اختبارات بيتا على السرعة الادراكية والدقة وادراك العلاقة المكانية . وقد أجريت مراجعات عديدة للاختبار منها مراجعة ١٩٤٦ التى تتكون من ستة اختبارات هى : المتاهات ورموز الأرقام ، والسحاقات المصورة ولوحات الأشكال الورقية وتكملة الصور والسرعة الادراكية . ويسخدم الاختبار على نطاق واسع فى الصناعات التى يعمل بها عمال من أصل أجنبى أو من نطاق واسع فى الصناعات التى يعمل بها عمال من أصل أجنبى أو من يكون حظهم من التعليم قليلا وفى المؤسسات العقابية مع المقاييس اللفظية الجمعية . وقد أعدت اختبارات أخرى غير لغوية من أهما : اختبار بنتنر غير اللغوى (وقد أعد أصلا لاختبار الأطفال الصم) ، اختبار شيكاغو غير اللفظى واختبار SRA غير اللفظى واختبارات القدرة العامة TOGA .

وفى مصر ، كان من أوائل الاختبارات التى أعدت أو أقتبست اختبار الذكاء المصور* من اقتباس الأستاذ إسماعيل القبانى ، ويتكون من تسعة اختبارات هى : التعليمات مثل رسم خط تحت شئ معين ، الملاحظة :

تمييز الحجم مثل رسم علامة على الملابس المرسومة التى يوافق مقاسها مقاس البنت المرسومة إلى يسار الصورة ، أجزاء الصورة مثل وضع علامة على شئ فى الصورة خارج الاطار يشابه تماما أحد الأشياء التى هى فى داخل الاطار ، تكملة الصور : وضع علامة على الجزء الناقص من صورة من بين الأشياء المرسومة بجوارها ، ترتيب الصور فى قصص ، وضع أرقام على الصور التى يتألف منها كل صف للدلالة على الترتيب الذى يجب أن تكون عليه هذه الصور ، الرسم عن طريق توصيل النقط بحيث تماثل شكلا معينا .

اختبارات سبيرمان الحسية للذكاء** : وقد قام بتنقيحها الأستاذ إسماعيل القبانى والدكتور عبد العزيز القوصى بمساعدة محمد عبد السلام أحمد ومحمد رأفت نسيم ونجيب غالى وعلى علوى شلتوت . ويتكون الاختبار من قسمين وخمسة اختبارات بالاضافة إلى الاختبارات التمهيدية . وفى القسم الأول تعطى مجموعة من الأشكال على أنها صواب وأخرى على أنها خطأ ويطلب من المفحوص تحديد ما هو الصواب فى مجموعة أكبر . وفى

القيم الثانى ، يطلب من المفحوص تكملة أشكال معينة كى تشابه أشكالا أخرى فى الرسم .

أما الاختبارات الأكثر حداثة ، فأننا نكتفى فـــى هــذا المجال بالاشارة إلى اختبار الذكاء المصور* من اقتباس الدكتور أحمد زكى صالح عن اختبار SRA غير اللفظـــى . ويشبع استخدامه فى مصر كثير من مؤسســـات الخدمــة النفسية وفى البحوث . ويتكون الاختبار من ٦٠ سؤالا كل سؤال منها عبارة عن خمسة أشكال يطلب من المفحـــوص استخراج الشكل المخالف من بينـــها .والاختبـــار يصلـــح لقياس ذكاء الأميين . وقد قنن الاختشـــبار علـــى عينـــات كبيرة فى السن من ٨ إلى ١٧ سنة ، كما أعدت له معايير مئينية داخل كل عمر ، وتقديرات لنسب الذكـــاء وكراســـة للتعليمات . وقد تراوحت معـــاملات ثابتـــه بيـــن ٠,٧٥ ، ٠,٨٥ وارتباطـــه باختبـــار المصفوفـــات خوالـــى ٠,٥٠ وبالنتائـج العام للقدرات الأولية ٠,٣٤ وقد كشفت دراســات التحليل العاملى عن تشبع الاختبار بالعامل العـــام بمقـــدار ٠,٦٣ .

اختبار المصفوفات Progressive Matrices

وقد أعده رافين Raven فى انجلترا . ويعتبره علماء النفس الانجليز أحسن اختبار متاح لعامل سبيرمان العام لأنه يتطلب اساسا استنباط العلاقات بين فقرات مجردة وهو يتكون من ٦٠ مصفوفة أو رسما رفع عن كل منها جزء ويطلب من المفحوص اختبار الجزء الناقص بين ٦ أو ٨ بدائل . وقد جمعت فقرات الاختبار فى خمس سلاسل ، يتكون كل منها من ١٢ مصفوفة تتزايد فى الصعوبة رغم تشابهها فى القاعدة التى تحكمها وتتطلب المصفوفات الأولى دقة التمييز ، بينما تتضمن المصفوفات الأكثر صعوبة التشابه وتغيير النمط وغيرها من العلاقات المنطقية ولا يوجد زمن محدد لتطبيق الاختبار كما أنه يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا ولا يتطلب الاختبار أكثر من تعليمات شفهية بسيطة جدا . وقد أعدت معايير مئينية لكل نصف عام فى المدى من ٨ إلى ١٤ سنة ولكل خمس سنوات فى المدى من ٢٠ إلى ٦٥ عاما . واستخدمت فى اعداد هذه المعايير عينات انجليزية من ١٤٠٧ طفلا ، ٣٦٦٥ مجندا خلال الحرب العالمية الثانية ، ٢١٩٢ مدنيا راشدا . كما أعدت معايير كلية فى عدد من البلاد الأوربية وفى بلاد أمريكا اللاتينية ، إلا أن نتائج تطبيقه فى غير

البلاد الأوربية تشكل فى صلاحية الاختبار لـــهذه البيئـــات وتوضح أن الاختبار يعكس مقدار التعليم ويتأثر بالتدريب .

وتتراوح معاملات ثبات الاختبار بيـــن ٠,٧٠ ، ٠,٩٠ إلا أنها تنخفض فى المدى المنخفض من الدرجات . ويزيد ارتباط الاختبار بالاختبارات العملية للذكاء أكثر من ارتباطه بالاختبارات اللفظية وتوضح الدراسات العاملية أن الاختبار مشبع تشبعا عاليا بالعامل العام " g "* ولكن يدخل فيه عدد آخر من العوامل منها : الاستعداد المكـــانى والاســتقراء والدقة الادراكية . وقد أعدت حديثا صــــور ملونـــة مـــن الاختبار بعضها للأطفال فى السن من ٥ إلى ١١ ســـنة ، والبعض الآخر للراشدين المتفوقين وذلـــك فـــى صـــورة كتيبات أو لوحات أشكال

اختبار رسم الرجل* Draw-a-Man Test

نشرت فلورنس جوانف هذا الاختبار عام ١٩٢٦ وكل ما يطلب فيه من المفحوص " ارسم صورة لرجل " . ارسم أحسن صورة ممكن تعملها " وفـــى عـــام ١٩٦١ روجـــع الاختبار وأعيد نشره باسم اختبار : " هاريس وجود أنـــف للنضج السيكولوجى " (١) Harris-Goodenough Test of Psychological Maturity ويتركز الاهتمام فى كـــل مـــن

الاختبارين الأصلى والمراجع على دقة الملاحظة لدى الطفل وارتقاء القدرة على التصور ، ولا يهتم الاختبار بقياس المهارة الفنية فى الرسم . وتعطى الدرجة على رسم تفاصيل أجزاء الجسم والملابس والنسب والمنظور طبقا لمفتاح التصحيح .** ومن أمثلة فقرات التصحيح : رسم الذراعين ، طول الجذع أطول من عرضه ، اتصال الأذرع والساقين بالجذع فى الأماكن الصحيحة خلو الرسم من الشفافية ، الخ .. وتحول الدرجة الخام إلى عمر عقلى .** ثم تحسب نسبة الذكاء . وقد اختيرت فقرات تصحيح الاختبار على أساس قدرتها على التمييز بين الأعمار المختلفة وارتباطها بالدرجة الكلية ، وبالدرجة على الاختبارات الجمعية ،وذلك على أساس عينة تقنين من ٥٠ ولدا ، ٥٠ بنتا فى كل من الفرق من رياض الأطفال إلى الفرقة التاسعة (سن ١٤) فى المناطق الحضرية والريفية فى ولايتى مينيسوتا وويسكونسين بالاولايات المتحدة الأمريكية وبحيث يمثلون توزيع مهن الآباء . وفى مراجعة ١٩٦١ يطلب من المفحوص رسم صورة لامرأة ولنفسه ويستخدم رسم الذات بوصفه اختبارا اسقاطيا للشخصية . وقد بنيت المعايير الجديدة على عينات من ٣٠ طفلا فى كل

عمر من ٥ إلى ١٥ سـنة ، بحيث يمثلون التوزيع الأمريكى القومى من حيث الموقع الجغرافى ومهنة الأب ، وفيه تحول درجات النقط إلى نسب ذكاء انحرافية بمتوسط ١٠٠ وانحراف معيارى ١٥ . وقد قدر معامل ثبات الاختبار وتصحيحه بعدة طرق منها إعادة الاختبار (٠,٦٨) والطريقة النصفية (٠,٨٩) وإعادة تصحيح نفس الرسم بواسطة مصحح آخر (٠,٩٠) وبنفس المصحح (٠,٩٤) وكذلك وجد أن تأثير كل من الفاحص والتدريب الفنى ضئيل ويرتبط الاختباران الأصلى والجديد ارتباطا عاليا (من ٠,٩١ إلى٠,٩٨) كما أن الارتباط بين مقياس الرجل ومقياس المرأة يعادل الارتباط النصفى ، وعلى هذا الاساس يمكن اعتبار المقياسين صورتين بديلتين كما يمكن استخدام متوسط نسبتى الذكاء الانحرافيتين للحصول على نسبة أكثر ثباتا . وتشير الدراسات إلى احتمال اختلاف مايقيسه الاختبار من وظائف بالاختلاف السن .

وقد استخدم اختبار جودانف فى الكثير من الدراسات الحضارية المقارنة ، ومنها دراسة فهمى (٢١٣) لذكاء أطفال الشيلوك فى السن من ٧ إلى ١٣ سنة ، والتى استخدم فيها معايير جودانف . وقد وجد أن نسبة ذكاء

الأطفال تتراواح بين ٤٠ ، ٧٠ بمتوسط ووسـيط ٥٣,٤، ٤٩,٢ على التوالى ، كما وجد أن متوسـط نسـبة ذكـاء أطفال المدارس هو ٦٠ مقابل ٤٦,٢ لغيرهم . وقد لاحـظ فهمى أن أطفال المدارس يغلب أن يرسموا شخصا مرتديـا الملابس ، كما أنه تظهر بالرسم تفاصيل أكثر . وقد عرض مليكه فى بحث له ، لعدد من الدراسـات تعـالج امكانيـة استخدام رسم الملابس ونوعها بوصفه مؤشرا للاسـتجابة لمطالب التغير الحضارى . وقد تصدى عدد من البـاحثين العرب لمشكلات استخدام هذا الاختبـار لقيـاس الذكـاء وبخاصة فى غير المجتمع الأمريكى ، ومنهم مالك بـدرى فى السودان ونعيم عطية ومحمـد بطانيـة فـى الأردن ، وليفون ميليكيان فى لبنان والزويعى فى العراق . وقد وجد بدرى فى عينات من الأطفال السودانيين أنـه باسـتخدام معايير جودانف ، فإن نسبة الذكاء تزيد بازديـاد درجـة التمدين ، وأن متوسط نسبة ذكاء الأطفال الذيـن رسـموا شخصيا فى ملابس تقليدية ينخفـض انخفاضـا دالا عـن متوسط نسبة ذكاء الاطفال الذين رسموا شخصا فى ملابس عصرية . ويرجح بدرى أن الزى العصرى قد يهيئ فرصـا أكبر للحصول على درجات أعلى وذلـك لاشـتماله علـى

تفاصيل أكثر إذا قورن بالزى التقليدى السودانى كما أن نقص الخبرة بالقلم الرصاص قد تعوق الطفل فى رسمه للرجل وقد وجد بدرى من الاسباب ما دفعه إلى اعداد معايير سوادنية للاختبار بعد تعديل بعض عناصر التصحيح فى اختبار جودانف وأضافة عناصر جديدة مثل رسم الشارب أو اللحية واظهار الوشم " الشلوخ " وتظليل الجسم ورسم العصا أو الخنجر .

ويثير استخدام الاختبارات السكولوجية فى الدراسات الحضارية المقارنة عددا من المشكلات حاول الباحثون حلها وذلك باستخدام الاختبارات غير اللغوية ، بشرط أن تكون مادتها مشتركة بين كثير من الحضارات ، ثم التأكد من صدق الاختبار باستخدام محكات محلية فى عدة حضارات مختلفة . ومن أهم الاختبارات التى تستخدم لهذا الغرض بالاضافة إلى اختبارى المصفوفات ورسم الرجل ، اختبار ليتر العملى الدولى واختبار الذكاء المتحرر من تأثير الثقافة والذى اعده كاتل فى معهد اختبار الشخصية والقدرة IPAT فى جامعة الينوى بأمريكا ، والاختبار السيمانتيكى للذكاء ، وأختبار دافيز – ايلز الذى يفترض تحرره من التحيز لطبقة اجتماعية معينة رغم أن النتائج لا

تؤكد صدق هذا الرغم والخلاصة أنه نظرا لتناقض نتـائج البحوث ، فإنه يمكن القول مع جودانف أن البحث عن اختبار متحرر تماما من تأثير العوامل الحضارية سواء كان اختبارا للذكاء أو القدرة الفنية أو الخصائص الشخصية – الاجتماعية أو أى سمة أخرى يمكن قياسها ، هو وهم وخدعة ذلك أن مجرد استخدام الورقة والقلم وطلب القيام بأعمال مجردة ليس لها مدلول عملى مباشر ، فضلا عن العوامل الانفعالية ، والدافعية والعادات السائدة وسهولة تكوين علاقة بين الفاحص والمفحوص وعنصر الزمن ، الخ .. كل هذه عوامل قد يكون لها تأثيرها المتحيز إلى جانب حضارة دون الأخرى . بل أنه من السذاجة افتراض أن مجرد خلو الاختبار من العامل اللفظى يجعله صالحا للتطبيق على كل الجامعات .

اختبار ذكاء الأطفال فى سنى المهد وما قبل المدرسة :

قد يطلب من الاكلينيكى فى بعض المواقف التنبؤ عن ذكاء طفل رضيع ، كما يحدث احيانا فى مؤسسات تبنى الأطفال . وقد يتطلب الأمر فى بعض حالات تأخير الكلام أو الضعف العقلى أو الأضطرابات العضوية ، قياس ذكاء الطفل فى مرحلة مبكرة من نموه . ولذلك اتجهت الجهود

إلى اعداد مثل هذه الاختبارات . وقد أعد بعضها بقصد دراسة الارتقاء العقلى . ولعل أشهر هذه الدراسات هى تلك التى قام بها جيزيل ومعاونوه فى عيادة جامعة ييل بأمريكا لنمو الطفل ، والتى كانت أساسا دراسات طولية للتطور العادى فى الارتقاء السلوكى للطفل ، وقد أعيد اختبار أفراد العينة (وقد تكونت فى البداية من ١٠٧ طفلا) فى الأعمار : ٤ ، ٦ ، ٨ أسابيع ، ثم كل أربعة أسابيع بعد ذلك حتى سن ٥٦ أسبوعا ، ثم فى سن ١٨ شهرا ، ثم كل عام من سن سنتين إلى ست سنوات . وقد امتدت هذه المتابعة بعد ذلك عشر سنوات واستكملت بدراسات أخرى وكانت النتيجة هى اعداد قوائم جيزيل الارتقائية Gesell Developmental Schedules وهى تحدد مستوى الاتقاء السلوكى فى أربعة ميادين رئيسية هى :

أ – السلوك الحركى : ويشمل ضبط حركات الجسم والتناسق الحركى الدقيق ، ومن أمثلته المحافظة على توزان الرأس ، والجلوس والوقوف والزحف والمشى وتناول الأشياء .

ب – السلوك والتيكفى . ويشمل تناسق العين واليدين فى الوصول إلى الأشياء وتناولها ، وحل المشكلات العملية .

ومن أمثلته الاستجابة لمنبهات مثل الجرس والعرائس وحل لوحات الأشكال البسيطة .

جـ- السلوك اللغوى : ويشمل كل وسائل الاتصال مثل تعبيرات الوجه والكلام والاستجابة للاتصال اللغوى من قبل الآخرين .

د - السلوك الشخصى - الاجتماعى : أى اتسجابة الطفل للمؤثرات الاجتماعية ، ومن أمثلة هذا السلوك : تناول الطعام ، ضبط الاخراج واللعب ، واكتساب الشعور بالملكية ، والابتسام ، والاستجابات للمرأة وللأشخاص الآخرين .

ويقوم الفاحص بملاحظة الطفل مستعينا بالتعليمات وبالادوات المحددة . ويستكمل بياناته عن طريق مقابلة مع الأم . ويقارن الفاحص سلوك الطفل فى كل من المجالات الأربعة السابقة مع السلوك النموذجى فى ثمانية أعمار هى : ٤ ، ١٨ ، ٢٨ ، ٤٠ أسبوعات ، ١٢ ، ١٨ ، ٢٤ ، ٣٦ شهرا ومن الواضح أن هذه الجداول يصعب مقارنتها بالاختبارات السيكولوجية المقننة ، بل يجب النظر إليها بوصفها تحسينا للملاحظات التى يقوم بها عادة أخصائى الاطفال وهى مفيدة فى الدراسات الاكلينيكية وفى دراسات النمو ، إلا أنه يتعين التنبيه إلى أنه يصعب التسليم بصدقها

فى مجتمعنا العربى قبل أجراء دراسات مستفيضة ميدانية

ومن أحسن الاختبارات فى سنى المهد المقياس الـذى أعدته كاتل والمسمى : مقياس كاتل لذكاء الاطفال فى سنى المـهد Cattell Infant Inteligence Scle وقـد أعدتـه بوصفه امتدادا سفليا لقياس ستانفورد – بينيـه مراجعـة ١٩٣٧ . واستعانت فى اعداده بفقرات من جداول جـيزيل وغيره من الاختبارات . ويمتد المقياس من سن شـهرين إلى ٣٠ شهرا . ويتبع فى نبيانـه نفـس نمـط مقيـاس ستانفورد – بينيه إلا أن الفترة بين المستويات العمرية فى العام الأول تعادل شهرا وفى العام الثانى شـهرين وفـى النصف الأول من العام الثالث ، ثلاثة شهور فـإذا اجتـاز الطفل أى اختبار عنـد المسـتوى ٣٠ شـهرا ، اسـتمر الاختبار بمقياس ستانفورد – بينيه عند مستوى ٣ سنوات ، وابتداء من ٢٢ إلى ٣٠ شهرا ، تختلط فقرات ستانفورد – بينيه بفقرات مقياس كاتل وعدد الفقرات فى كل مستوى عمرى هو ٥ بالاضافة إلى اختبار احتياطى أو اختبارين ، وقد قنن المقياس باستخدام مجموعة من ٢٧٤ طفلا أعيـد اختبارهم فى الاعمـار : ٣ ، ٦ ، ٩ ، ١٢ ، ١٨ ، ٢٤ ،

٣٠ ، ٣٦ شهرا . وبنفس أسلوب تقنين مقياس ستانفورد – بينيه ، إلا أن مقياس كاتل لا يحدد أزمانـــا للاســتجابة للفقرات ، كما أنه لا يحدد ترتيبا معينا لــها ، لأن ذلــك لا يتفق مع ظروف اختبار الاطفال فى هذه الاعمـــار . ومـــن المتوقع بالطبع أن تكون معاملات ثبات اختبــارات ســنى المهد أقل من مثيلاتها فى اختبار الاعمار الأكبر ، وذلـــك نظرا للصعوبات البالغة فى تطبيق الاختبارات فى هذه السن ومنحيث الصدق ، فإن صعوبة تحديده تكمن فى عدم توافر محكات خارجية فى هذه المرحلة من مراحل العمر ، حيـث لاتتوفر لدينا درجـــات التحصيــل المدرســى أو تقديــرات المدرسين ، ولا مناص من الاعتماد فى هذا المجال علـــى محكين هما : التمييز بين الاعمار المختلفة ، وهو ما يعتمد عليه أيضا فى اختيار الفقرات ، والاداء على الاختبـــارات فى أعمار تالية . وقد يعترض بأن هذه الطريقة الاخــــيرة هى طريقة لتحديد الثبات أكثر منها لتحديد الصدق – ولكن يراعى أن الاختبار المســـتخدم فـــى ســن متقـــدم يكـــون بالضرورة اختبارا مختلفا مثل ستانفورد – بينيه ، كمـــا أن طول الفترة بين اختبارين قد يدخل ظروفا عديدة مصطنعـــة ، فضلا عن تغير طبيعة الوظائف المختبرة مـــع الســـرعة

المتزايدة للنمو فى المراحل الأولى ، وتشير النتائج بعامة ، إلى أن صدق هذه الاختبارات منخفض للغية إلى الحد الذى دعا بايلى لأن تقرر أن درجات الذكاء فى سن ٣ أو ما يليها ، يمكن التنبؤ عنها على أساس مستوى تعليم الآباء أكثر مما يمكن التنبؤ عنها من تطبيق اختبار للذكاء خلال العام الأول ، ومن الواضح أنه يتعين الحذر فى الأخذ بهذا الرأى ، فقد لا يصلح للتطبيق مثلا فى بيئة تنتشر فيها الأمية وعلى كل حال فإن هذه النتيجة تدعو للأسف ، لأن الغرض العملى من تطبيق هذه الاختبارات هو فى كثير من الحالات ، التنبؤ عن ذكاء الأطفال المتبنين . والمصدر الرئيسى لهذه الصعوبة هو أن اختبارات الأعمار الأولى يغلب أن تكون اختبارات حسية – حركية بينما تغلب الاختبارات اللفظية على المراحل المتقدمة ، ولذلك اتجهت البحوث الحديثة إلى دراسة مستويات مرحلة ما قبل اللغة pre linguistic vocalization عن طريق التحليل المنتظم لمراحل تطور الكلام لدى الطفل والتحديد الدقيق لمستوياته . وتبشر نتائج مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعى الذى يغطى المدى من الولادة حتى سن ٢٥ والذى نرجو أن نناقشه فى جزء تال .

وفى مرحلة ما قبل المدرسة ، نجد أن الجمـــع بيـــن مقياس كاتل وستانفورد – بينيه يغطـــى المـــدى الزمنـــى الكامل فضلا عن الاستمرارية كما أن الكثير من الاختبارات التى سبق عرضها يغطى مرحلة ما قبل المدرسة ، وتمتـــد جداول جيزيل فى مرحلة ما قبل المدرسة مـــن ســـن ١٥ شهرا إلى ٦ سنين ، وهى تتبع نفس نظام جداول ســـنى المهد وكذلك مقياس فايلاند للنضج الاجتماعى الذى يعطـــى المدى من الولادة حتى سنه وتتشـــابه صعوبـــات اختبـــار الاطفال فى سنى المهد عن صعوبات اختبارهم فى مرحلـــة ما قبل المدرسة بالاضافة إلى مشكلات الخجـــل والســـلبية وضعف القدرة على التركيز فى بعـــض الحـــالات وتشـــير الدراسات التى تستخدم فيها هذه الاختبارات إلـــى نتـــائج هامة منها : مثلا أن الاختبارات اللفظية واختبارات الذاكرة أقدر من الاختبارات غير اللفظية على التنبؤ عـــن نســـبة الذكاء فى سن ١٠ سنوات وتشير نتائج دراســـة طوليـــة مشهورة باسم دراسات بيركلى فى النمو إلـــى أن العـــامل الاساسى فى السنتين الاولى والثانية ، هو اليقظة الحســـية – الحركية وفى السنتين الثالثة والرابعة هو المثابرة وبعـــد

ذلك التجريد والتعامل بـــالرموز الـــذى يصبـــح العـــامل الأساسى فى نسبة الذكاء ابتداء من سن الرابعة .

قياس الاستعدادات والتحصيل

العوامل الطائفية :

سادت نظرية العوامل المتعددة أو الطائفية فى أمريكـا وهى تنادى بوجود عدد من العوامل الطائفيه العريضة ، قد يدخل كل منها بأوزان مختلفة فى عدد من العوامل الطائفية العريضة ، قد يدخل العامل اللفظى بوزن أكبر فى اختبـــار المفردات ، وبوزن أصغر فى اختبار للمتشابهات ، وبـوزن صغير جدا فى اختبار للاستدلال الحسابى . وقد مهد نشـــر كتاب كيللى " عقل الانسان فى مفترق الطرق " عام ١٩٢٨ الطرق أمام عدد كبير من الدراسات الهامة فـــى العوامـــل الطائفية وفى مقدمتها دراسة ترســـتون فـــى " القـــدرات العقلية الأولية " primary mental abilities وتقـــرر أنـــا ستازى أن أهم العوامل الطائفية التى كشفت عنها بحـــوث ثرستون وغيره تشمل :

الفهم اللفظى (V) Verbal compregension وهـــو العامل الرئيسى فى اختبارات فهم القـــراءة والمتشـــابهات اللفظية ، ترتيب الجمل ، الاستدلال اللفظى والمواجية بيـــن

الأمثال من حيث المعنى وتشكل اختبارات المفردات أحسن الطرق لقياسه

سهولة الكلمة (W) Word fluency ويوجد هذا العامل فى الاختبارات التى طلب فيها من المفحوص ذكر كلمات تتكون من نفس حروف كلمة أخرى ، اختبارات السجع وذكر كلمات فى فئة معينة مثل الكلمات التى تبدأ بحرف معين

العامل العددى (N) Number ويدخل فى سرعة ودقة العمليات الحسابية البسيطة .

العامل المكانى (S) Space وقد يمثل هذا العامل عاملين متاميزين يشمل أولهما ادراك العلاقات المكانية أو الهندسية الثابته ويشمل الثانى المعالجة البصرية التى تتطلب التصور البصرى للعلاقات المكانية المتغيرة ، كما أن هناك أدلة على وجود عامل ثالث للتصور الحركى . kinaesthetic imagery

الذاكرة الارتباطية : (M) Associative Memory ويوجد هذا العامل أساسا فى الاختبارات التى تتطلب الذاكرة الصماء للأزواج المترابطة . ويتوفر الدليل على أنه لا يوجد عامل مشترك بين كل اختبارات الذاكرة . كما

تشير بعض البحوث إلى وجود عوال أخرى للذاكرة مثـــل تذكر التسلسل الزمنى والعلاقات المكانية .

السرعة الادراكيــة : Perceptual Speed (P) أى السرعة والدقة فى ادراك التفاصيل البصرية وأوجه الشـبه والفروق . وهذا العامل واحد من عوامـــل عديـــدة أمكـن تمييزها فى العمليات الادراكية .

الاستنباط (أو الاستدلال العام) (R) Induction (I) or General Reasoning وقد كان تمييز هذا العامل أقـل وضوحا من غيره . وهو يوجد فى الاختبارات التى تتطلـب اكتشاف قاعدة ، مثل اختبارات تكميل سلاســل الأعــداد . ويشير عدد من البحوث إلى وجود عامل اســتدلال عــام يمكن قياسه بواسطة اختبارات الاستدلال الحسابى

تنظيم العوامل :

ويجب ملاحظة أن التمييز بين العامل العام والعوامــل الطائفية والخاصة ، ليس أساسيا كما يبدو لأول وهلــــة ، ذلك أنه إذا كان عدد الاختبارات أو أنواعها فى البطاريـــة قليلا ، فقد يفسر عامل عام كل الارتباطـــات بينــها . ولا يعترض ثرستون على وجود عامل عام ولكنه يصل إليـــه عن طريق التحليل أولا إلى عوامل طائفية ، ومنـــها إلـــى

العامل العام بوصفه عاملا عاما من المرتبـــه الثانيـــة a second order general factor وحيــن يــزداد عـــدد الاختبارات وتتنوع ، فإن العامل العام الأصلى قــد يظـــهر بوصفه عاملا طائفيا ، مشترك بين بعض الاختبارات وليس بينها كلها ، وكذلك فإن عاملا معينا قد يمثله اختبار واحـد فى البطارية الأصلية ، ولكن قد يشاركه فيـــه عــدد مــن الاختبارات فى البطارية الأكبر ، فيظــهر بوصفــه عــاملا خاصا فى البطارية الأصلية ، وطائفيا فى البطارية الأكـــثر شمولا وفى ضوء هذه الاعتبارات ، فإنه ليس مستغربا أن تسفر الدراسات العاملية المتعمقة فى ميادين خاصة عــن عدد من العوامل أكبر مما أسفرت عنه الدراسات الســابقة مثل الدراسات فى القدرات العقلية الأوليـــة . وقــد عــدد جيولفورد نتيجة لبحوثه وبحوث غيره حوالـــى خمســين عاملا ، كما توقع التوصل إلى عدد آخر منها ، وهو يقترح نموذجا ثلاثيا للبناء الذهنى structure of intelleot تصنف بمقتضاه المناشط الذهنية طبقا للعمليات إلى أ – المعرفة ، الذاكرة ، التفكير التباعدى divergent thinking التفكـير التقاربى convergent thinking ، التقويم ، ب – النتــاج ، وحداته وطبقاته وعلاقاته ونظمه وتحولاته ودلالاته جــ–

المضمون شكلا ورمزا وسلوكا . ويؤدى هـذا التصنيـف إلى ١٢٠ خلية يقابل كل منها عاملا يحتمل الكشف عنـه . وتتجه البحوث إلى اعداد مجموعـة مـن " الاختبـارت المرجعية " reference tests تميز أهم عوامل الاسـتعدادات الرئيسية التى كشفت عنها البحوث ، وذلـك حتـى يتـاح للباحثين استخدامها فى دراسات التحليل العاملى وتيسـيرا للدراسات المقارنة الضابطة ، وترى اناستازى أنـه رغـم قيمة اتباع هذاالمنهج فى الدراسات فإنه من المحقـق أن عدد العوامل سيظل كبيرا ذلك أن السلوك الانسانى متنـوع ومعقد ، ولا يجب أن نتوقع أن يفى عـدد محـدود مـن العوامل بوصف هذا السلوك . ولعل خير ما يمكن القيام به لأغراض عملية هو أن يختار لأعمال هندسية ميكانيكيـة ، يغلب أن تختار الاختبارات التـى تقيـس عوامـل ضيقـة ادراكية ومكانية ترتبط بالعمل المعين ، ولكن فى الاختيـار للدراسة الجامعية ، يغلب أن نختار الاختبارات التى تقيـس عوامل عريضة مثـل الفـهم اللفظـى والعـامل العـددى والاستدلال العام .

وفى انجلترا ، قدم كل من بيرت وفرنـون تخطيطـا لتنظيم العوامل فمثلا يضع فيرنون فى نموذجـه للتنظيـم

الهيراركى العامل " g" فى القمة ويليه عاملان طائفيان عريضان هما : اللفظى – التعليمى verbal educational (v : ed) والعملى – الميكانيكى (practical mechanical k : m) ويشمل العامل الأول بدوره عوامل أخرى أكثر ضيقا مثل : اللفظى والعددى ، كما يشمل العامل الثانى العوامل الضيقة التالية : المعلومات الميكانيكية ، المكانى واليدوى . وهكذا يمكن تمييز عوامل أضيق ، وذلك عن طريق مواصلة التحليل العاملى . وفى قاعدة التنظيم الهيراركى نجد العوامل الخاصة وقد يتوصل باحثون آخرون إلى تنظيمات مختلفة ، فذلك متوقع نظرا لأن العوامل التى يمكن تمييزها عن طريق التحليل العاملى ليست كثر من تعبير عن ارتباط بين مقاييس للسلوك ، فهى ليست كيانات أو مسببات ، ولكنها فئات وصفية . وهذا المعنى هو الذى يغلب فى كتابات تومسون وبيرت وفيرنون وتريون . وقد اقترح ثرستون النظر إلى هذه العوامل لا بوصفها كيانات سيكولوجية ولكن بوصفها " وحدات وظيفية أو تجمعات من مكونات أساسية " إلا أن استخدام ثرستون لمصطلح " القدرات العقلية الأولية " يؤكد فى الأذهان الانطباع بأن هذه العوامل كيانات .

هذا ولا يتسع المجال فى هذا المقام لتتبع مختلف دراسات التحليل العاملى فى التنظيم المعرفى أو لمناقشة مفصلة فى اعداد وأنواع القدرات الطائفية . ويجد القارئ فصلا وافيا ممتعا فى كتاب الدكتور أحمد زكى صالح. ولكنا نود أن نشيد بفخر بجهود علمائنا المصريين فى هذا المضمار ، فقد كانوا ولا زالوا فى مقدمة من أسهموا اسهامات لها دلالاتها العالمية فى بناء نظرية التنظيم المعرفى ، وفى المقدمة القوصى ومرسى والسيد وعبد السلام والغريب وحمزة وبركات ورأفت . كما أن المغفور له الدكتور أحمد زكى صالح فى كلية التربية بجامعة عين شمس أشرف على عدد من دراسات التحليل العاملى للقدرات العقلية وبخاصة القدرات المسهمة فى النجاح بالأنواع المختلفة من التعليم الثانوى ، وهى دراسات تتجلى فيها بوضوح كل من القيمة النظرية والعملية للتحليل العاملى وسوف تتاح لنا فرصة للاشارة إليها فى الفقرات القادمة .

الاستعداد – القدرة – التحصيل :

بقى أن نوضح الآن نقطة هامة ، قبل أن نتعرض لأهم اختبارات الاستعدادات ، تلك هى العلاقة بين الاستعداد أو

القدرة وبين التحصيل يعرف بنجهام الاســـتعداد eaptitud فى قاموس وارين فى علم النفس الاستعداد بأنه " حالــة أو مجموعة من الخصائص تدل على قدرة الفرد لأن يكتســب بالتدريب بعض المعارف والمـــهارات أو مجموعـــة مـــن الاستجابات تكون نوعية عـــادة أو تخصصيـــة " وبعبـــارة أبسط الاستعداد هو امكانية القدرة على التعلم (١) ولكـــن هذا التعريف لا يميز بين الذكاء والتحصيل ، فالشـــخص " الاذكى " يكون أقدر على التعلم من " الأقل ذكاء " وكذلـــك فإن من يحصل على درجة مرتفعة فى اختبـــار تحصيلـــى للحساب مثلا ، يكون أقدر غالبا علىتعلم الحســـاب ممـــن يحصل على درجة منخفضة وكذلك يصعب أن نمـــيز بيـــن اختبارات الذكاء والاســـتعداد والتحصيـــل علـــى أســـاس المضمون أو المحتـــوى فنحـــن لـــو تفحصنـــا مضمـــون الاختبارات فى هذه الفئات الثلاث ، نجد أنـــها تتداخـــل أو تتشابه أو تتطابق فى كثير من الحالات . ويصعـــب أيضـــا التمييز بينهم على أساس العملية المطلوبة فى الاســـتجابه للاختبار . ففى التحصيل نستدعى ما تعلمناه ، وفى الذكـــاء نظهر القدرة على التعميم من الحقائق . فالتحصيل لا يعنى مجرد استدعاء ، والتعليم يهدف أيضا إلى انمـــاء القـــدرة

على التعميم من الاسس المتعلمة إلى المواقف الجديدة .
وفى كثير من اختبارات الذكاء ، نجد فقرات تتطلب الاستدعاء المباشر . ويرى وسمان أن التمييز يكون على أساس الغرض الذى يستخدم الاختبار من أجله . فاختبار التحصيل يستخدم لقياس ما حصله الفرد فى الحاضر أو فى الماضى وفى اختبار الاستعداد ، نهدف إلى التنبؤ بقدرة الفرد على التعلم مستقبلا . وثمة نوع من اختبارات الاستعدادات ، يكون عادة مزيجا من الاختبارات اللفظية والعددية والاستدلال المجرد ، يسمى عادة اختبار ذكاء ، وفى المواقف التعليمية يسمى اختبار الاستعداد المدرسى .
وكلما أمكن وصفه باختيار تحصيلى . فإذا أردنا أن نتنبأ من هذا الاختبار عن مستوى التعلم فى المستقبل ، جاز لنا أن نتحدث عن استخدام الاختبار بوصفه اختبار استعداد .
وكلما زاد التشابه بين مضمون ما سبق تعلمه وما يراد تعلمه فى المستقبل ، كلما زادت صلاحية اختبار التحصيل لاستخدامه اختبار استعداد فمثلا ، اختبار فى مادة الجبر لفرقة دراسية ، يمكن أن يكون اختبار استعداد فى الجبر للفرقة الأعلى مباشرة ، إلا أن قدرة هذا الاختبار على التنبؤ عن الأداء فى الطبيعة أو فى اللغة تكون أقل . كما

أن يكون اختبار تحصيل فى الجــبر يصعــب اســتخدامه بفعالية للتنبؤ عن الدرجات فى الجــبر قبــل أن يتعــرض الطلاب لمنهج فى الجبر ، ويتطلب الأمر استخدام اختبــار آخر للاستعداد . فإذا كنا نهتم بالتنبؤ عن درجات الجــبر ، فأن اختبار استعداد عددى يغلب أن يكون هو الأصلح لــهذا الغرض ، ولكن يغلب أن نهتم بالتنبؤ عن النجاح فى أكــثر من مادة واحدة فى نفس الوقت وفى هذه الحالة ، يحســن أن نستخدم اختبارات تحصيلية فى عدد مــن المــواد ذات الصله لنستخدمها فى التنبؤ ، وبخاصة إذا كــانت المــواد التى سبق دراستها والتى يطلب التنبؤ هن النجاح فيــها ، أقرب ما يكون بعضها إلى البعض الآخر .

وتستخدم الاختبارات التحصيلية بوصفــها مقــاييس للاستعداد فى الفرق المدرسية الأولى ، وبقــدر أقــل فــى المدرسة الاعدادية والثانوية حيث يزداد التخصص والتمايز فى المواد الدراسية .

والطريقة الثانية للتنبؤ عن النجاح فى عدد من المواد الدراسية هى استخدام اختبار للاستعداد المدرسى أو اختبار الذكاء الجمعى ومرة أخرى ، تزداد قدرة هذه الاختبــارات فى المراحل المدرسية الأولى بينما تزداد فــى المراحــل

الاعلى قيمة العناصر اللفظية لأن النجاح قد يرتبط بالقدرة على التعبير . فإذا كان تقدير الدرجات يتوقف على ما يعمله الطالب لا على ما يستطيع التعبير عنه كاملا كتابة ، قلت قيمة العناصر اللفظية .

والطريقة الثالثة هى استخجام بطاريات للاستعدادات الفارقة تبنى معاير كل اختبارتها على أساس تطبيقها على نفس الأفراد . وينطبق نفس القول على المجال الصناعى أيضا .

وفى استخدام هذه الطرق ، يجب الا نقع فى خطأ الافتراض بأن اختبارات التحصيل تقيس تأثير التعلم بينما تقيس اختبارات الاستعدادات " القدرة الفطرية " المستقلة عن التعلم ، ذلك أن كل اختبار سيكولوجى يقيس سلوك الفرد وقت الاختبار ، وهو سلوك يعكس حتما تأثير التعلم السابق ، ولقد شاع حديثا استخدام مصطلحات مثل " القدرات المنماة" developed abilities أو " المهارات الذهنية القابلة للتحسن " تأكيدا للمعنى السابق .

بطاريات اختبارات الاستعدادات المتعددة

بطارية اختبارات الاستعدادات الفارقة :

Differential Aptitude Tests (DAT)

وهى من اعداد ج بينيت ، هـ سيشور ، أ . وسمان* من المؤسسة النفسية بأمريكا ، وقد اشترك مليكه مع الدكتور السيد محمد خيرى فى اقتباس اختبارات هذه البطارية التى أعدت أساسا لاستخدامها فى التوجيه والارشاد التعليمى والمهنى فى المدارس الاعدادية والثانوية أى ما يقابل الفرق من ٨ إلى ١٢ فى النظام التعليمى الأمريكى (وهى تقابل فى الظروف العادية الأعمار من ١٣ إلى ١٧ سنة) ، كما أنها تصلح للتطبيق على الراشدين خارج المدارس .

ورغم أن المؤلفين لم يستعينوا بالتحليل العاملى فى اعدادهم للبطارية ، إلا أنهم استفادوا بنتائج البحوث العديدة فى هذا المجال كما راعوا الحاجات العملية فى توجيه الطلاب من حيث تمثيل الميادين المهنية والتعليمية فى الاختبارات بالرغم من احتمال عدم نقائها عامليا . وقد شملت البطارية ثمانية اختبارات هى : التفكير اللفظى القدرة العددية ، الاستدلال المجرد ، العلاقات المكانية ، الاستدلال الميكانيكى القدرة على استخدام اللغة : الجمل ، القدرة على استخدام اللغة : الاملاء ، السرعة والدقة فى الأعمال الكتابية . وقد أعد كل اختبار فى صورتين

متكافئتين : B, A ثم أعد المؤلفون بعد ذلك الصورتين L and M ثم الصورتين S snd T . وقد قدم المؤلفون فى دليل البطارية عرضا واضحا مفصلا لطرق اعدادها وتقنينها والتعليمات الخاصة بتطبيق الاختبارات وتصحيحها وتفسيرها . ويجيب المفحوص على الأسئلة فى أوراق إجابة منفصلة يمكن تصحيحها وتفسيرها . ويجب المفحوص على الأسئلة فى أوراق إجابة منفصلة يمكن تصحيحها يدويا أو آليا ، كما يمكن رسم صفحة نفسية على استمارات أعدت لهذا الغرض ، وفى بعض الاختبارات يعاقب المفحوص على التخمين عن طريق طرح كل الخطاء أو نسبة معينة منها من عدد الاجابات الصحيحة .

وقد بنيت المعايير على أساس عينات كبيرة ممثلة تمثيلا جيدا للمجتمع الأمريكى وهى منفصلة للجنسين ولكل فرقة دراسية من الثامنة إلى الثانية عشرة ، وقد وجد المؤلفون معاملات ثبات للاختبارات مرتفعة بالدقر الذى يسمح بتفسير الفروق بينها بقدر كبير من الثقة ، كما وجدوا ارتباطات مرتفعة بين الدرجات على الاختبارات والدرجات على المواد الدراسية فى المدارس الثانوية وفى الجامعات إلا أن القدرة على التنبؤ الفارقى أقل نسبيا .

فمثلا ، بالرغم من أن الاختبارات اللفظية ترتبط بدرجات اللغة الانجليزية بقدر أعلى من الارتباطات بغيرها ، وكذلك ترتبط القدرة العددية بدرجات الرياضة إلا أن هناك من الادلة ما يشير إلى وجود عامل عام كبير ومشترك له تأثيره فى الأداء فى كل المواد الاكاديمية . فالتفكير اللفظى مثلا ، يرتبط ارتباطا عاليا بمعظم المواد الدراسية .

وترصد الدرجات على الاختبارات فى صفحة نفسية (بروفيل) توزيع فيها المئينات توزيعا إعتداليا بحيث تتلافى تحريف مواقع الفرد الواحد فى مختلف الاختبارات نتيجة عدم تساوى الوحدات المئينية . وكذلك يمكن أن تقرأ الدرجات المعيارية بمتوسط ٥٠ وانحراف معيارى من الصفحة النفسية . وقد أعدت هذه الصفحة بحيث تعادل مسافة بوصة واحدة فيها ١٠ نقط من الدرجات المعيارية فيسهل بذلك تفسير الفروق بين درجات الفرد على مختلف الاختبارات . فمثلا فرق يقرب من ١٠ نقط من الدرجات المعيارية بين أى اختبارين يكون دالا عند مستوى ٠,٥ أو أحسن ، بينما يكون مشكوكا فى دلالة الفروق التى تتراوح من نصف بوصة إلى بوصة . وتكون الفروق عديمة الدلالة إذا قلت عن نصف بوصة . ويمكن الآن استخدام

الحاسب الالكترونى (الكمبيوتـــر) فـــى اعـــداد تقريـــر التخطيط المـــهنى The DAT career Planning Report

وفميا يلى شرح موجز للغرض من كل اختبار ومضمونة :

١ – التفكير اللفظى :

ويقيس هذا الاختبار القدرة على فهم المفاهيم المعـــبر عنها فى كلمات وعلى التجريد أو التعميم أو التفكير البنـــاء ، بدلا من مجرد السهولة اللفظية أو التعرف على المفردات . ويأخذ هذا الاختبار صورة " التشابة اللفظى " الذى يطلب فيه من المفحوص تكملة جملة بكلمة فى أولها يختارها من أربع كلمات ، وبكلمة فى آخرها يختارها من أربع كلمـــات أخرى وذلك على أساس من أدراكه للعلاقات وتعميمها فـــى ميادين مختلفة ويتضح ذلك من المثال التالى :

إلى الماء مثل الأكل إلى

١ – الاستمرار ٢– الشرب ٣–الهضم ٤–البنت

(أ) القيادة (ب) عدد (جـ) الطعام (د) صناعة

٢ – القدرة العددية :

اختبار العلاقات العددية وسهولة التعامل بالمفاهيم العددية ويأخذ الاختبار شكل عمليات حسابية تتطلب فهما للعلاقات العددية دون أن تتأثر بعنصر اللغة .

٣ – الاستدلال المجرد :

ويقصد به أن يكون مقياسا غير لفظى للقدرة على الاستدلال وتتطلب كل فترة ادراك قاعدة اجرائية تحكم التغير فى الاشكال الواردة فى الفترة بحيث يستطيع تحديد الشكل التالى من الاشكال المعطاه .

٤ – العلاقات المكانية :

يتطلب الاختبار معالجة ذهانية للاشياء فى أبعاد ثلاثة . وفيه يعطى المفحوص صورة أو رسما لنموذج من الورق المقوى يمكن تطبيق كل منه بحيث يكون صندوقا ذا أشكال معينة ويطلب منه أن يختار من خمسة أشكال ذلك الذى يمكن الحصول عليه من تطبيق النموذج المعطى مع العلم بأن النموذج يوضح دائما السح الخارجى . ويجمع هذا الاختبار بين عمليتين هما : التصور البصرى لنموذج وتصوره بعد تدويره بطرق مختلفة .

٥ – الاستدلال الميكانيكى :

وهو اختبار للفهم الميكانيكى . وتشتمل كل فقرة على صورة لموقف ميكانيكى مع سؤال لفظى مبسط .

٦ - القدرة على استخدام اللغة : الجمل :

ويقيس قدرة المفحوص على الميز بين المستويات الجيدة والضعيفة فى استخدام الكلمات وقواعد النمو والاشارات اللغوية فيطلب من المفحوص تحديدا أجزاء الجملة التى تحتوى على أخطاء لغوية أو هجائية .

مثال : أرجو كما - أن تقابلان - صديقكم غدا - بعد المغرب - لامر يهمكما
أ ب جـ د
هـ

٧ - القدرة على استخدام اللغة : الاملاء :

وقد استمدت من قوائم للاخطاء الشائعة فى الاملاء .

٨ - السرعة والدقة فى الاعمال الكتابية :

ويقيس الاختبار سرعة الاستجابة فى عمل ادراكى بسيط يشتمل على اعداد وحروف ويتطلب الانتقال من صفحة لاخرى والتذكر لفترات قصيرة من الزمن وهو يشبه ما يجرى فى الاعمال الكتابية .

والاختبارات كلها من نوع اختبارات القوة عدا اختبار السرعة والدقة فى الاعمال الكتابية .

وفى استخدام الدرجات على البطارية ، يمكن الافادة من الدرجات منفصلة أو مجمعة فى طوائف أو مجموعات . فمثلا ، تراواحت معاملات الارتباط بين الدرجتين فى التفكير اللفظى والقدرة العددية على مختلف المحكات الأكاديمية من ٠,٧٠ إلى ٠,٨٦ مما يسمح باستخدام مجموع هاتين الدرجتين بوصفه اختبارا صادقا " للذكاء " القرب مما تقيسه اختبارات الذكاء اللفظية . فإذا أضيفت الدرجة على الاستدلال المجرد ، كأن المجموع أقرب إلى ما تقيسه المقاييس التى تجمع بين الجوانب اللفظية وغير اللغوية . ويشكل مجموع العلاقات المكانية والاستدلال الميكانيكى مقياسا هاما فى الاعمال التى ترتبط بالاشياء أكثر مما ترتبط بالاشخاص . ويمثل مجموع السرعة والدقة فى الأعمال الكتابية واستخدام اللغة : الاملاء والجمل ، مهارات ضرورية لأعمال المكاتب . والتفكير اللفظى مع استخدام اللغة هام للصحيفيين والكتاب . فإذا كانت الكتابة مرتبطة بالعلوم والمواد الفنية فأننا نجمعها مع الاستدلال الميكانيكى والعلاقات المكانية والاستدلال المجرد . وسوف نلخص فيما يلى دلالات كل اختبار :

التفكير اللفظى : والدرجة عليه لها دلالتها الهامة فى وجيه الطلاب للدراسة على المستوى الجامعى ، كما أن لها دلالتها بالنسبة للمستوى المهنى الذى يحق للمفحوص الطموح إليه .

القدرة العددية : الدرجة على الاختبار لها دلالتها التنبؤية عن التحصيل فى الرياضيات والفيزياء والكيمياء والهندسة وغيرها من المناهج الدراسية التى يكون فيها التفكير كميا فى الأساس وكذلك للدرجة دلالتها بدرجات متفاوته فى المجالات المهنية مثل الاحصاء والاعمال المعملية وأعمال المحاسبات والبنوك والتجارة " الخ ..

الاستدلال المجرد : وهو يكمل مع الاختبارين السابقين جوانب " الذكاء العام " والاختبار يقيس قدرة هامة فى الدراسات والمهن التى تتطلب ادراكا للعلاقات بين الأشياء مقابل ادراكها بين الألفاظ والأعداد ومن الممكن أن يكون الاختبار طائفة أخرى مع اختبارى العلاقات المكانية والاستدلال الميكانيكى . ويفيد الاختبار فى دراسة بعض الحالات التى يشك فى وجود معوق لغوى ، مثل الطالب الذى لا تكون لغة الاختبار لغته الاصلية ، فهو إذا حصل على درجة مرتفعة فى الاستدلال المجرد مع درجة

منخفضة فى التفكير اللفظى ، فأن يحق لنا التشكك فى صدق الدرجة اللفظية بالنسبة لهذا الطالب .

العلاقات المكانية : وهى تقيس قدرة المفحوص على التعامل مع مواد عيانية عن طريق التصور البصرى ، وهى قدرة مهمة فى أعمال النحاتين والرسامين ومصممى الأزياء ومهندسى المعمار والديكور .

الاستدلال الميكانيكى : ويذكر المؤلفون أن الاختبار يتأثر قليلا بالخبرة السابقة وهو مهم فىالدراسات والمهن التى تتطلب فهما للقوى الطبيعية فى الحياة اليومية مثل طلاب العلوم الطبيعية والحرف الميكانيكية والنجارة وأعمال الصيانة والتجميع ، الخ .. وهم يوصون باستخدام معايير الذكور فى حالة اختبار الاناث المهتمات بالدراسات الميكانيكية والنهدسية نظرا لأنهن سوف يتنافسن معهم فى هذه الدراسات .

السرعة والدقة فى الاعمال الكتابية : وهما هامتان فى أعمال الأرشيف والتوثيق والترميز والمخازن ، وهى قليلة الأهمية للأغراض التعليمية فيما عدا الدراسات التجارية الكتابية وأعمال السكرتارية وقد تشير الدرجة المنخفضة إذا حصل عليها طالب عادى أما إلى حرص على

الاداء الدقيق أو إلى عجز عن الأداء السريع . والمدرسة تؤكد غالبا الدقة على حساب السرعة ولذلك فقد يكون من المفيد أن يطلب من المفحوص الذى يحصل على درجة منخفضة إعادة الاختبار بعد إعادة تأكيد أهمية السرعة . ومن المحتمل جدا أن ترتفع درجته .

الاستخدام اللغوى : الاملاء والجمل : وهما أقرب اختبارين إلى الاختبارات التحصيلية . وقد أدخلا فى البطارية أساسا لأنهما يقيسان مهارات ضرورية فى عدد من المهن . والاختباران هامان فى أعمال الاختزال ومراسلات الأعمال والصحافة والتحرير والمراجعة والاعلان والطالب الذى يحصل على درجة مرتفعة فى التفكير اللفظى ومنخفضة فى الاستخدام اللغوى تزداد امكانية مساعدته عن طريق القراءة العلاجية .

ويوصى المؤلفون بتطبيق البطارية فى المراحل التى يتعين فيها على الطالب اختيار نوع الدراسة أو المهنة الملائمة لقدرته ، وفى نهاية التعليم الاعدادى مثلا لاختيار نوع الدراسة الثانوية (اكاديمى عام ، صناعى ، تجارى ، زراعى ، الخ ..) أو فى الفرقة الأولى بالمدرسة الثانوية لاختيار شعبة الدراسة المناسبة ، أو قبل نهاية التعليم

الثانوى لاختيار نوع الدراسات الجامعيــة ، فضــلا عــن المواقف الاكلينكية التى قد تتطلب تغييرا فى خط دراسى أو مهنى أو تفسيرا لتخلف تحصيلى . وتشير بحوث حديثـــة قام بها هيرمـــان وهيوســنج إلـــى صلاحيــة البطاريـــة للاستخدام فى مراحل ما بعد التعليم الثانوى .

وفى مصر ، طبــق عــزت ســيد إســماعيل (١٦٢) البطارية على طلبة الفرقة الثالثـــة بشــعبتيهما (العلمـــى والآدبى) فى مدرسة الواسطى الثانوية وكان عددهــم ٣٧ طالبا بشعبة العلوم ، ٣٤ بالشعبة الأدبية وقد اعتمد فـــى تقدير الذكاء على مجموع الدرجتين فى اختبارى الاســتدلال اللفظى والقدرة العددية ، كمـــا حصــل علـــى الدرجـــات المدرسية للطلاب فى الفترة الدراسية الأولى . وقام بتحليل عاملى اتبع فيه طريقتين : احداهما طريقة بيرت " الجمـــع البسيط " والثانية : الطريقة التى وضعها الدكتـــور فــؤاد البهى السيد وأطلق عليها اسم " الطريقة التقاربية " . وقــد وجد إسماعيل ان تلاميذ شعبة العلوم يتفقون على تلاميـــذ شعبة الآداب فى اختبارات الاستدلال المجـــرد والعلاقـــات المكانية والقدرة العددية ، وفى مجموع درجتـــى التفكـــير اللفظى والقدرة العددية تفوقا جوهريا عند مســتوى ٠,٠١

ومن الناحية الأخرى ، وجد أن طلبة الشعبة الادبية يتفوقون على طلبة الشعبة العلمية فى اختبار التفكير اللفظى عند مستوى ٠,٠٥ ولكنه لم يجد فروقا دالة احصائيا بين طلاب الشعبتين فى اختبارات الاستدلال الميكانيكى وفى استخدام اللغة . والجمل والاملاء .
واستطاع معظم الطلاب فى الشعبتين الاجابة عن جميع أجزاء اختبار السرعة والدقة فى الأعمال الكتابية تقريبا وقد وجد الباحث فى مجموعة طلاب الشعبة العلمية باستخدام طريقة الجمع البسيط لبيرت فى التحليل العاملى عاملا مشتركا يجرى بين كل الاختبارات ، كما وجد عاملا ثانيا انفصلت الاختبارات فيه الى مجموعتين رئيسيتين : الاولى وتضم الاستدلال المجرد والاستدلال الميكانيكى والعلاقات المكانية ، وقد اسمها الباحث : القدرات العلمية والثانية وتضم الاستدلال اللفظى والاستخدام اللغوى : الاملاء والجمل والقدرة العددية ، وقد اسماها الباحث القدرات الادبية بعد أن لاحظ أن تشبعات القدرة الاخيرة بالعامل الثانى ١٧ر وهو أضعف التشبعات جميعا ، وفى مجموعة طلاب الاختبارات شعبة الآداب ، وجد أيضا عاملا مشتركا وعاملا ثانيا تنفصل فيه الاختبارات الى مجموعتين

تضم الاولى الاستدلال الميكانيكى والعلاقات المكانية والقدرة العددية وتمثل هذه المجموعة فى تقدير الباحث القدرات العلمية ، وتضم الثانية الاستدلال المجرد والاستدلال اللفظى والاستخدام اللغوى بقسمة الاملاء والجمل ، وتمثل هذه المجموعة فى تقدير الباحث القدرات الأدبية .

وباتباع الطريقة التقاربية فى التحليل العاملى وجد الباحث شواهد ترجح سيادة العامل العامل لدى شعبة العلوم وسيادة العوامل الطائفية لدى شعبة الآداب . كما وجد أن أعلى ارتباطات بين القدرات والمواد الدراسية فى الشعبة العلمية توجد مع القدرة العددية واستخدام الجمل وفى الشعبة الأدبية مع الاستدلال اللفظى والقدرة العددية .

ويقرر الباحث أنه يتعين التحفظ فى تفسير هذه النتائج نظرا لصغر حجم العينات ، وأنه يجب أن يراعى فى تفسيرها أن التحاق الطالب فى نظام التعليم المصرى ، بشعبة معينة ، لا يخضع لتوجيه مبنى على قدرات أو ميول .

وفى بحث لخيرى طبقت اختبارات بطارية الاستعدادات الفارقة على مجموعة من طلبة المدارس الثانوية فى

القاهرة بلغ عددها ١٣٥٢ من القسم العلمى ، ٧٦٤ من القسم الأدبى ، كما طبقت البطارية أيضا على طلبة السنة الأولى من قسم الدراسات النفسية الاجتماعية بكلية الآداب ، جامعة عين شمس . وقد أختير ٢٠٠ طالب من هذه العينة الكبيرة عشوائيا وحسبت معاملات الارتباط الداخلية بين كل اختبار بعد أن أضيف إلى هذه المجموعة من الاختبارات اختبار الذكاء العالى ، وبذلك بلغ عدد معاملات الارتباط التى حسبت فى المصفوفة الارتباطية ٣٦ معاملا ، كلها موجبة وجميعها تقريبا ذات دلالة احصائية . ونتج عن تحليلها باستخدام طريقة ثرستون مع الادارة المتعامدة orthogonal rotation أربعة عوامل : الأول لفظى وأكبر الاختبارات تشعبا به هو اختبار الاستدلال اللفظى ، يليه اختبار الذكاء العالى ، ثم اختبارات الاستخدام اللغوى(الجمل أكثر تشبعا من الاملاء) ، والعامل الثانى يبدو أنه يمثل الذكاء العام من حيث أن أغلب اختبارات البطارية مشبعة بدرجة موجبة بهذا العامل وأكثر هذه تشبعا به هو اختبار الذكاء الاستدلال المجرد ، واقلها تشبعا هو اختبار السرعة والدقة فى الأعمال الكتابية ، أما العامل الثالث فيبدو أنه عامل مكانى يتضمن ادراك العلاقات المكانية ،

واكثر الاختبارات تشبعا به هو اختبـــار ادراك العلاقـــات المكانية يليه الاستدلال الميكانيكى ثم الاستدلال المجـــرد ، وأقل الاختبارات تشبعا به الاســـتدلال اللفظـــى . والعـــامل الرابع يبدو أنه عامل الســـرعة العمليـــة ، والاختبـــاران الوحيدان اللذان تصل درجة تشبعهما بهذا العامل إلى قـــدر له قيمته هما اختبار السرعة والدقة فى الاعمال الكتابيـــة واختبار القدرة العددية وقد استنتج خير من هذه الدراســـة أن كل اختبار من اختبارات البطارية يتضمـــن عـــاملا أو عاملين من هذه العوامل ويكاد يخلو من العوامل الباقيـــة . وهذا ما يجعل البطارية صالحة لتكوين البروفيل الذى يميز بين الاستعدادات المختلفة . ونستطيع إذن أن تستخدم هـذه البطارية فى رسم بروفيل ذهنى يصلح فى التوجية التعليمى والمهنى وقد تأيد هذا الاستنتاج فعلا بمقارنة نتائج تطبيـــق البطارية على فئات دراسية مختلفة .

اختبارات القدرات العقلية الأولية :

وقد أعده الدكتور أحمد زكى صـــالح مقتبســا عـــن اختبارات ثرستون للقدرات الأولية بعد تعديله بما يتفق مع البيئة المصرية . وتقيس الاختبارات فى صورتها العربيـــة أربع قدرات " أولية " لها أهميتها فـــى النجـــاح الدراســـى

والنجاح المهنى إلى جانب اعطائه صورة عامة من ذكاء الفرد . وهذه القدرات هى :

١ – القدرة اللغوية : (الزمن ٥ ق) وتقاس باختيار معانى الكلمات ويطلب فيه من المفحوص أن يختار أقرب الكلمات معنى للفظ معين من بين أربع كلمات أخرى . ويتكون من ٤٨ فقرة . وهى قدرة هامة فى كثير من الدراسات والاعمال التى تتطلب اساسا فهما للآراء والافكار التى يعبر عنها الآخرون لفظيا .

٢ – القدرة على الأدراك المكانى : (الزمن ١٠ ق) . وتقاس باختبار الادراك المكانى ، وفيه يعطى المفحوص شكلا نموذجيا وأمامه عدة أشكال بعضها معكوس والآخر منحرف . ويطلب منه استخراج الاشكال المنحرفة فقط . ويتكون من ٢٠ فقرة . وهذه القدرة هامة فى الدراسات والمهن الهنسية .

٣ – القدرة على الاستدلال : (الزمن ١٠ ق) وتقاس باختبار التفكير ويتكون من سلاسل حروف يطلب من المفحوص اكمال السلسلة بحرف واحد . ويتكون من ٣٠ فقرة . وهى قدرة هامة فى ممارسة المهن العقلية

العليا كالطب والهندسة والتعليم والتخطيط والتنمية والمتابعة .

٤ – القدرة العددية : (الزمن ٦ ق ٩ تقاس باختبار العدد ويتكون من مسائل جمع تحت كل منها حاصل جمعها ، وعلى المفحوص معرفة الصحيح والخاطئ منها . ويتكون من ٧٠ مسألة ، وهذه القدرة هامة فى الدراسات العلمية والهندسية وغيرهما مما يتطلب التعامل بالرموز العددية .

٢ – الغش والتزيف :

هذه إحدى مشاكل الدفع وعلاجها إقناع المفحوص بأن صدق الدرجة (بالمعنى السابق ذكره) يجب أن يكون همه ، إذ أن تزييفها قد يسبب له المتاعب فيما بعد . وهذا الإقناع قد لا يكون جد فعال مع أنماط معينة من المفحوصين . ولكن ، على أن حال ، نؤدى ظروف الدفع السليم وإقامة علاقة طيبه إلى تقليل فرص الغش والتزييف . على أن المفحوص أحيانا ما يكون شديد الاهتمام بالوصول إلى هدف معين يتوقف على درجته فى الاختبار كأن يقبل بالمدرسة أو يختار فىالمهنة ، كما أن المفحوص أحيانا ما يكون شاعرا بعدم الأمن وفى هاتين الحالتين

يكون هناك احتمال كبير بـأن يبـذل محـاولات لـتزوير الدرجات .

وقد دلت البحوث على أن تزيـف درجـات الاختبـار النفسى والتربوى تصنف فى الفئات الثلاث الآتية :

(أ) محاولة المفحوص أن يرفع درجته فـى اختبـارات القدرة .

(ب) محاولة الظـهور بمظـهر طيـب فـى اختبـارات الشخصية .

(جـ) التمويه بالدونية أو اللاسواء فى كل من اختبارات الشخصية واختبارات القدرة .

ويعتمد المفحوص أثناء محاولته لرفع درجتـه فـى اختبارات القدرة على عدة وسائل مثـل : (١) الاعتمـاد على المساعدات الخارجية . (٢) الغش من جاره فـى الاختبار الجمعى . (٣) أن يأخذ زمنا أطول من المقـرر بأن يبدأ قبل غيره أو يستمر رغم انتهاء الزمن المحدد . (٤) كما قد يعتمد المفحوص على معرفته السابقة لفقـرات الاختبار . (٥) التخمين أو الإجابات العشوائية على ما لا يعرفه من الأسئلة كى يستفيد من عامل الصدفـه (ولكـن

هذا يمكن تلافيه عند التصحيح بطريقة خاصة سيأتى شرحها فى فصل آخر) .

والمفحوص عند محاولته الظهور بمظهر طيب فى اختبارات الشخصية . يعتمد على خصائص هذه الاختبارات ونقصد أن لكل أسئلة اختبارات الشخصية إجابة واحدة مقبولة والفرد يميل إلى أن يوافق على هذه الإجابة الطيبة ، خاصة وأن بعض الاختبارات تتطلب من المفحوص أن يجيب بنعم أو لا عن فقرة مثل : هل تشعر بالضيق عندما تقابل الغرباء ؟ . واضح أن لمثل هذا السؤال إجابة واحدة طيبة ، وهى " لا " والمفحوص عادة أميل إلى أن ينفى عن نفسه مثل هذا الشعور . فهو لا يجيب بما يصدق عليه فعلا بل بما يستحسنه ، أو بما يشعر أن مقبول لدى الآخرين ، خاصة إذا كان الاختبار لغرض الانتقاء المهنى .

وقد قامت دراسة طبق فيها اختبار الشخصية لبرنروينز Bernreuter personality inventory ، مرتين على مجموعة واحدة من المفحوصين . وطلب إليهم فى المرة الأولى أن يتظاهروا فى إجابتهم بالرغبة فى الالتحاق بوظيفة بائع . وعند إعادة الإجراء طلب إليهم أن يستجيبوا مدعين الرغبة فى شغل وظيفة أمين مكتبة كان الفاحص

يطلب من المفحوصين فى مرتى الإجراء أن يجيوا وكأنهم فعلا ، برغم رغبتهم الحقيقية ، يرغبون الالتحاق بوظيفة بائع فى المرة الأولى ، وأمين مكتبة فى المرة الثانية . ونحن نعلم أن هاتين الوظيفتين تختلفان من حيث درجة ثقة من يشغل كل وظيفة منهما بنفسه ، ورغم هذا أمكن للمفحوصين أن يجيبوا فى المرة الأولى إجابة البائع الناجح ، وفى الثانية إجابة أمين المكتبة الناجح . رغم أن الأولى تختلف عن الثانية من حيث الدرجات على مفاتيح الانبساط ، الثقة بالنفس ، الاجتماعية .

والمفحوص عندما يود الظهور بمظهر العاجز أو غير السوى فى اختبارات الشخصية واختبارات القدرة ، يدعى مثلا أنه ناقص العقل أو أنه يعانى من اضطراب انفعالى وذلك بغرض التهرب من التجنيد أو من اختياره لعمل لا يتفق مع رغباته أو يرى فيه خطرا عليه . وقد وضعت بعض اختبارات القدرة واختبارات الشخصية حلا لهذا المشكل إذ اعدت مفاتيح خاصة لكشف التمويه بالدونية أو اللاسواء . والافتراض الأساسى الذى تعتمد عليه هذه المفاتيح يتلخص فى أن من يحاول التزيف يبلغ فيه . فعند تزييف اختبارات الذكاء قد ينجح المفحوص فى فقرات

صعبة ثم يعتمد أن يجيب إجابة خاطئة عن فقرات أسهل ، مما يتنافى مع اتساق القدرة العقلية . وهنا يمكن اشـــتقاق المفتاح من إجابات ضعاف العقــول ومقارنتــها بإجابــات مفحوصين طلبنا منهم أن يتصنعوا الغباء فى إجابتهم بعــد أن أعددناهم فنيا لهذا الــتزييف . وأحــد حلــول مشــكلة التزييف فى اختبارات الشخصية هو إخفاء الــــهدف مــن الاختبارات عن المفحوص . فنعد إجراء اختبـــار يقيـــس " الذكورة – الأنوثة " يمكن مثلا أن نقول للمفحوصين إننـــا نحصر الاهتمامات والاتجاهــات ونقيســها . ولكــن هــذا الإجراء لا يتوفر فى أغلب اختبارات الشخصية إذ أن الكثير من الفقرات يكشف عن نفسه . وهناك طريقــة لمعالجــة الغش والتزييف ، وهى طريقـــة الاختيـــار الجــبرى ، أو طريقة الأسئلة غير الشفافة . وذلك بأن تتضمـــن الفقــرة استجابتين تبدوان متساويتين ، وعلى المفحوص أن يختار منهما واحد تنطبق عليه . ونقصد بتساوى الاستجابتين أن المفحوص يتقبلهما بدرجة واحدة أو أن المفحوص يعتقـــد أن المجتمع يتقبلهما بدرجة واحدة . وهناك طرق أخـــرى لتلافى التزيف أو كشفه وسنتحدث عنها بالتفصيل فى فصل آخر . أما فى إختبارات القدرات والاختبارات التحصيليـــة

فتوجد فرصة الإجابة بالتخمين ، ولكن لهذا علاجه باستعمال معادلة التصحيح التى سيأتى الكلام عنها فى فصل آخر .

٣ - الإعداد لموقف الاختبار :

(أ) يقوم الفاحص فى العادة بقراءة التعليمات من كراسة تعليمات الاختبار ، ولكى يكون الموقف طبيعيا ، غير متكلف ، يجب أن يألف الفاحص التعليمات اللفظية . وتأتى هذه الألفية من دراسة التعليمات وقراءتها عدة مرات قبل الإجراء حتى لا تحدث أخطا أثناء الإجراء . (ب) ويجب أن يقوم الفاحص مقدما ، أى قبل الإجراء ، بإعداد مواد الاختبار فيضعها على مائدة قريبة من مائدة الاختبار ، حتى تكون فى متناوله فلا يبذل جهدا ولا يتعطل الإجراء ولا ينزعج المفحوص أو يتشتت انتباهه . (جـ) وعند استخدام جهاز آلى فى الاختبار ، يجب الكشف مبدئيا على سلامته والتدريب على استخدامه فى سهولة . (د) وفى الاختبار الجمعى ، يقوم الفاحص بإعداد المكان ووضع موائد الاختبار على أبعاد مناسبة وأن يتأكد من أن الموائد خالية من كل ما يعطل المفحوص أو يعينه فى الاجابة وأن يتأكد من حسن إضاءة الغرفة وتهويتها

وبعدها عن مشتتات الانتباه كالضوضاء . (هـ) ويستطيع الفاحص أن يقوم بعمل " بروفه " على مفحوص بأن يحاول معه الإجراء بالطريقة التى سيتبعها مع من سيختبرهم حقا . (و) يقرأ الفاحص التعليمات بصوت واضح وبسرعة معتدلة ويهتم بالتوقيت ويتأكد من أن جميع المفحوصين يتبعون التعليمات ، ويمنع الغش ، ويجمع كراسات الإجابات من المفحوصين فى وقت واحد وإن لم يستطيع ذلك بمفرده استعان بمن يعاونه ، ويحسن إضاءة ضوء أحمر على باب غرفة الإجراء حتى لا يدخل من يعطل الإجراء سواء كان مفحوصا تأخر عن ميعاد الإجراء أو شخصا آخر ، وفى الاختبارات الجمعية أيضا يفضل أن يقف معاون للفاحص بالباب مانعا الدخول من لحظة بدء الإجراء .

ومن المهم تحديد مدى تأثير ظروف الإجراء على درجات المفحوص فنشاط المفحوص يؤثر على إنتاجه خاصة لو أدى هذا النشاط إلى اضطراب انفعالى أو أى ظروف معطلة كالتعب والملل . وكذلك فالخبرة المباشرة قبل الإجراء قد تعطل أو تعرقل استجابات المفحوص .

الاختبارات الأدائية :

عقب نشر اختبار " ستانفورد – بينية " توجه نقد من السيكولوجيين مضمونة : أن هذا الاختبار رغم قيمته العلمية التى لا شك فيها اعتمادا كبيرا على اللغة ، وعلى هذا الاساس فإن الأمر يحتاج أن يتبع هذا الاختبار المشبع باللغة باخبارات لا تتطلب القدرة على استعمال مفردات اللغة أو الأرقام أو المعانى المجردة .

وعلى ذلك بدت الحاجة ملحة إلى إعداد اختبارات أدائية تتلافى ما عد نقصا فى اختبار " ستانفورد – بينية " .

وهذه الاختبارات الأدائية مكنت علماء النفس من قياس ذكاء من يعانون من صعوبات فى النطق أو السمع أو المكفوفين ، وبوجه عام مكنت من قياس ذكاء من لا يستطيعون التعامل مع اللغة أو الأرقام أو المجردات لسبب أو لآخر .

والأختبار الأدائى performance يقدم موقفا إدراكيا يتعامل فيه المفحوص مع أسئلة مثل : تكوين الأشكال أو المكعبات أو الصور أو تجميع الأشياء وفكها ، كما يطلق بعض علماء النفس لفظ اختبار الورقة والقلم على بعض الاختبارات التى تتناول مادة غير لفظية مثل : معالجة

الأشكال الهندسية أو الاشكال الناقصة أو رموز الأرقـــام .
ويفضل " فريمان " – أستاذ القياس الشهير – تسمية مثـــل هذه الاختبارات بالاختبارات غير اللفظية nonverbal لأنــها لا تعتمد على التعامل مع الأشياء كمـــا هـــو الحـــال فـــى الاختبارات الأدائية .
ومن أشهر الاختبارت الأدائية اختبار " بنتر – باترســـون " والذى أعد عام ١٩١٧م ، وهو اختبار يدور حول قيـــاس الذكاء عن طريق إجراءات أدائية مثل: ..الـــخ ، وكذلـــك اختبار " مقياس القدرة الأدائية " الذي أعده " كورنـــل " و " كوكس " عام ١٩٣٤م ، وهو يدور أيضا حول قياس الذكاء عن طريق إجراءات أدائية مثل : بناء المكعبات وترتيـــب الصور وتذكر التصميمات وتكميل الصور .
اختبارات التحصيل المدرسي :
يتصل قياس الاســـتعدادات الخاصـــة بقيـــاس التحصيـــل المدرسي وإعداد اختبارات موضوعية لقياسه . واختبارات التحصيل المدرسي Educational Achievement لا تقصـــد التنبؤ بالنجاح المدرسي بالطبع ، ولكنها تهدف إلى قيـــاس مدى ما حققه الفرد من تقدم معين فى تعلم مادة دراســـية بعينها بعد أن درست له هذه المادة ، وقد تبين أن اختبـــار

التحصيل ذات قيمة عالية فى تحديد مدى الفـــروق بيـــن الأفراد ، وفى تحديد مدى قوة الميول الدراسية عن الطلاب .

وكذا تساعد اختبارات التحصيل على اكتشاف التفـــوق أو التخلف فى القدرات الخاصة ، كما تساعد هذه الاختبـــارات على تخطيط الحياة الدراسية للطلاب .
هذا كله بالإضافة إلى أن الاختبارات التحصيلية تساعد فى تقديم تقديرات موضوعيـة للتقدم الدراسى مقابل تقديرات المدرسين التى قد يشوبها عنصر الذاتيــة ، كما تمكن النتائج التـــى نحصـــل عليـــها مـــن الاختبـــارات التحصيلية من التقويم التجريبى لطرق التدريس المختلفة .
ومن أهم الاختبارات التى ظهرت فى هذا المجال :
إختبار تشخيص الاستعداد للتعلم .
اختبار تشخيص مستوى القراءة من إعداد " موترو " عـــام ١٩٣٠م .
" اختبار تحديد مستوى اللغـــات الأجنبيـــة " مـــن إعـــداد " سيموندز " عام ١٩٣٠م .
" اختبار نيويورك للحساب " من إعداد " ريتســـتون " عـــام ١٩٥٦م .

" اختبار كاليفورنيا التحصيلية " مـن إعـداد " تجـز " و " كلارك " عام ١٩٥٧م .

وقد طورت هذه الإختبارات التحصيلية وأضيف إليها الكثـير وتزخر المراجع والكتالوجات المتخصصـة بـالتحدث عنـها وعن الإضافات التى لحقت بها وطرق تصميمها (وبعضـها يتم تصميمه على الحاسبات الألكترونية) ومعاييرها .

بطاريات الاختبارات :

فى خلال الحرب العالمية الثانية تم إعداد العديد من بطاريـات الاختبارات Test Batteries وكان هدف هذه البطاريـات (البطارية هى مجموعـة اختبـارات) قيـاس العديـد مـن الاستعدادات الخاصة وذلك ليمكن اسـتخدامها فـى المجـال العسكرى ومجال التوجيه المهنى خاصة فى توزيع الأفـراد حسب استعداداتهم على مختلف وحدات القـوات المسـلحة الأمريكية . وقد انتقل الاهتمام بهذه البطاريات مـن مجـال القوات المسلحة إلى المجال المدنى ، وتمثل هذه البطاريـات الآن مكانا هاما فى حركة القياس النفسى الأمريكى .

ومن أهم البطاريات التى ظهرت فى هـذا المجـال هـى : " بطارية الاستعدادات الفارقيه D A T " من إعداد " بنـت " وآخرين ، وهى تتناول قياس مجموعة من الاستعدادات مثـل

الفهم اللغوى ، القدرة العددية ، التفكير المجرد ، السرعة والدقة فى الأعمال الكتابية الفهم الميكانيكى ، العلاقات المكانية ، الهجاء واستخدام اللغة وقد نشرت هذه البطاريات لأول مرة عام ١٩٤٧م وما تزال تجرى عليها التعديلات كل عدة سنوات حتى الآن ، والطبعات الأخيرة منها يتم تصحيحها على الحاسب الآلى .

" بطارية الاستعداد العام G A T B " من إعداد " فوراك " وآخرين وكذلك نشرت لأول مرة عام ١٩٤٧م بإشراف مكتب التوظيف بالولايات المتحدة الأمريكية ، وتتناول قياس تسع وظائف هى : الذكاء والاستعداد اللفظى ، الاستعداد العددى (الحسابى) ، الإدراك المكانى ، إدراك الأشكال ، الأستعداد الكتابى ، التآزر الحركى ، مهمارة الأصابع ، المهارة اليدوية . وقد جرت على هذه البطاريات هى الأخرى الكثير من التعديلات .

اختبارات الشخصية :

بدأت الجهود لقياس الخصائص والسمات غير العقلية للشخصية ابتداء من القرن التاسع عشر . وقد بدأها " جالتون " فى عام ١٩٧٩م وتبعه " بيرسون " الذى أعد

بعض الاختبارات وموازين التقدير . وفى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين استخدمت اختبارات تداعى المعانى التى أعدها " كارل يونج " صاحب مدرسة علم النفس التحليلى . وكان الغرض من اختبارات التداعى هذه التوصل إلى معرفة السمات العميقة للشخصية ، وكذلك لتمييز الاضطرابات العقلية المختلفة ، وبالرغم من أن اختبارات تداعى المعانى ما زالت تستخدم فى العيادات النفسية وغيرها ، إلا أنها أقل انتشارا من استخبارات الشخصية والطرق الإسقاطية .

ومع اتساع استخدام اختبارات الذكاء الفردية فى المدارس والعيادات والمستشفيات ، اتضح أنه فى بعض الحالات يكون أداء الفرد على الاختبار ونجاحه أو إخفاقه فيه ، ونوعيه ومضمون استجابته ، هذا كله لا يكون فقط مؤشرا لمستوى قدرته العقلية ، بل يتأثر هذا الأداء بقدر كبير أو قليل بسمات الشخصية " غير العقلية " وإلى جانب ذلك ظهر اهتمام بدراسة النواحى الإكلينيكية فى شخصية الفرد ، كما أنه أثناء الحرب العالمية الاولى ظهرت حالات لبعض الأفراد من اضطراب فى الشخصية .

والآن تستخدم اختبارات الشخصية بشكل واسع حيث يتم بناء عليها تحديد سمات الشخصية ، وذلك فى المجالات العسكرية أو المدنية ، وكذلك تستخدم اختبارات الشخصية

فى دراسة الفروق بين الجامعات ، كما تستخدم اختبارات الشخصية فى المساعدة فى تشخيص بعض حالات الاضطراب النفسى والعقلى . وتزخر الخزانة السيكولوجية بعديد من الاختبارات النفسية لها قدر كبير من الكفاءة .

هذا وتعد موازين التقدير Rating Scales من أوائل الطرق المستخدمة فى بناء الشخصية ، وموازين التقدير هى وسائل يتم بناء عليها الحكم على إجابات الشخص على عدة أسئلة ، وتكون هذه الإجابات على ميزان من عدة فقط . وقد استخدمت هذه الموازين خلال الحرب العالمية الأولى ، ودرست نتائج تطبيقاتها من النواحى النفسية والنواحى الإحصائية .

ويعد " ودورث " Woodworth " (١٨٦٩-١٩٦٢) – عالم النفس الأمريكى الشهير وأحد كبار مؤرخى علم النفس – أول من أعد اختبارا لقياس الشخصية عام ١٩١٩م . وقد استخدم اختبار " ودورث " لقياس الشخصية بشيئ من النجاح فى تحديد الاشخاص اللذين يتسمون بصفات شخصية غير سوية بحيث تمنعهم من الخدمة العسكرية . وقد تطورت موازين التقدير بعد ذلك تطورا هائلا .

أما الاختبارات الإسقاطية Projective Tests ففى الربع الأول من القرن العشرين ظهر هذا النوع من الاختبارات . وهذه الاختبارات تقوم على تقديم مادة مبهمة غامضة غير محددة إلى المفحوص مثل : صور غير محددة المعالم أو بقع حبر أو عبارات ناقصة ، وعلى هذا للمفحوص فرصة أن يضفى على مادة الاختبار غير المحددة خصائص شخصيته ورغباته ودوافعه .

وأشهر الاختبارات النفسية الإسقاطية هو ما أعده الطبيب النفسى السويسرى "هرمان رورشاخ " Rorschach (١٨٨٤-١٩٢٢) - الذى كان يجرى دراسات على بقع الحبر ودورها فى إثارة التخيل عند الإنسان وإمكانية استخدام هذه البقع لمعرفة قدرة الشخص على التخيل .

ولكن من خلال دراسته اكتشف أن لهذه البقع وظيفة أخرى وهى أنه يمكن استخدامها كاختبارات تميز بين سمات الشخصية المختلفة . وبالرغم من أن "رورشاخ " قد عكف طويلا على دراساته حول بقع الحبر ، إلا أنه لم يكن أول من استخامها ، حيث سبق أنه كانت تستخدم قبل ذلك لقياس سعة الخيال ، وقد أصبح اختبار بقع الحبر اختبارا بالغ

الشهرة ، ويستخدم الآن فى العيادات والمستشفيات وفى البحوث النفسية فى أغراض قياس الشخصية .

كما اشتهر إلى جانب اختبار " رورشاخ " أداة إسقاطية أخرى هى " اختبار تفهم الموضوع " Thematic Apperception Test الذى أعده " هنرى موارى " Murray " (١٨٩٣ -) عام ١٩٣٥ وهو يتكون من ثلاثين صورة غامضة مرسومة على لوحات بالإضافة إلى لوحة خالية تماما ، ويطلب من المفحوص أن يؤلف قصة من عنده تتناول ما يحدث فى كل صورة من الصور والمبدأ السيكولوجى الذى يقوم عليه الاختبار أن المفحوص سيعطى فى القصة التى يرويها تعبيرا وإشارات إلى حاجاته وقيمه واتجاهاته ومشاعره عن الأشخاص والمواقف والعالم من حوله . كما أنه سوف يشير - غالبا بلا قصد - إلى الصراعات والضغوط التى يعانى منها .

ورغم أهمية اختبار تفهم الموضوع ، إلا أنه اختبار بقع الحبر يتقدم عليه من حيث الأهمية والانتشار وكثرة الدراسات المتعلقة به .

ومهما يكن من أمر ، فإن أكبر مشكلة تواجه اختبارات الشخصية هى مشكلة تتعلق بموضوعيتها وصدقها وثباتها ،

خاصة إذا نقلت من ثقافة إلى أخرى وواجهت الفروق غــير الحضارية .

الفصل السابع

بعض الإضطرابات النفسية

الفصل السابع

بعض الاضطرابات النفسية

تتميز الأمراض النفسية بحدوث اضطرابات في أفكار ومشاعر وسلوك الفرد الذي يعاني منها ، ويشير مصطلح الأمراض النفسية *mental illness* إلي مدي واسع من الاضطرابات تمتد من الاضطرابات التي تؤدي إلي حدوث تشتت بسيط إلي اضطرابات تؤدي إلي عجز شديد في قيام الفرد بوظائفه. ويستخدم المتخصصون في بعض الأحيان مصطلح الاضطراب النفسي الطبي *psychiatric disorder* أو السيكوباثولوجي للإشارة إلي الأمراض النفسية .

الخبرات المصاحبة للاضطرابات النفسية

معظم الاضطرابات النفسية الشديدة تجعل حياة الأفراد أكثر حزناً ، فالأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية الشديدة يشعرون بأعراض الاضطراب الذي يؤدي بهم إلي الصعوبة للقيام بأعمالهم أو الذهاب إلي مدارسهم،أو بناء علاقات بناءة مع غيرهم أو حتى مواجهة متطلبات حياتهم العادية . وهناك بعض الأفراد يحتاجون إلي الإقامة

بالمستشفي لأنهم أصبحوا غير قادرين على رعاية أنفسهم أو لأنهم يعانون من الأفكار الانتحارية. كما تشكل أعراض الاضطرابات النفسية ضغوطاً شديدة ، فالأفراد الذين يعانون من اضطراب الفصام قد يسمعون أصواتاً داخل رؤوسهم تخبرهم عن أشياء تدور حول أنفسهم أو تأمرهم أن يقومون بأفعال غريبة وغير متوقعة أو قد يكون مقيداً بعدد من الأفكار البارانوية والشعور العميق بأن كل شخص، بما في ذلك أعضاء الأسرة المقربين، يريدون إيذائهم أو تحطيمهم.

أما الأفراد الذين يعانون من نوبات الاكتئاب الكبرى major depressionقد يشعرون بعدم وجود أي شيء يبعث على الرضي ويجلب السرور والسعادة كما أن الحياة كئيبة ومحزنة بدرجة كبيرة جداً ومن الأفضل التخلص منها. أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الفزع أو الرعب panic disorder قد يشعرون بخفقان في القلب،وسرعة التنفس، والقلق الشديد وبدرجة متطرفة إلي الحد الذي يجعلهم غير قادرين على مغادرة منازلهم. والأفراد الذين يعانون من نوبات الهوس mania قد يقومون بارتكاب عدد من جرائم الاغتصاب أو ينشغلون بالسلوك الجنسي بشكل متهور أو قد ينفقون نقودهم بصورة عشوائية، وقيامهم بمثل هذه الأفعال

قد تكون سبباً في إحساسهم بـــالذنب، والخجـــل، واليـــأس.

وهناك عدد من الأمراض النفسية الأخرى. قد لا تؤدي عـــادة إلي العجز إلا أنها قد تؤدي إلي عدد من المشكلات في حيـــاة الأفراد الذين يعانون منها. ومـــن بيـــن هـــذه الاضطرابـــات اضطرابات الشخصية personality disorders الذي يـــؤدي بالأفراد الذين يعانون منها إلي الشعور بـــالوحدة loneliness والانعزالية isolation وذلك لأن نمط شخصيتهم يتعـــارض مع إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين. واضطراب الأكـــل eating disorder الذي يؤدي بالفرد الانشغال الزائد بوزنـــه ويدفعه إلي عدم الرغبـــة فـــي تنـــاول الطعـــام أو التقيـــؤ. واضطراب ضغوط ما بعد الصدمـــة stress post-traumatic disorder الذي يؤدي إلي غضب الفرد بسهولة، واســـتعادة الذكريات المؤلمة، والتركيز على المشكلات السابقة التي مـــر بها. كما تختلف الخبرات المصاحبة للمرض النفسي باختلاف المحتوي الثقافي والاجتماعي للفرد، على سبيل المثـــال، أن معظم الأفراد في المجتمعات غير الغربية الذين يعانون مـــن اضطراب الاكتئاب يظهرون عدد مـــن الأعـــراض الجســـمية بصورة مبدئية، مثل فتور الهمـــة والإحســـاس بـــالضعف، والأرق، وفقدان الشهية، وأنواع متعددة من الآلام الجســـمية،

وقد تنتشر هذه الأعـــراض بصـــورة عامـــة فـــي أمريكـــا الشمالية، لكن في الولايات المتحـــدة وبعـــض المجتمعـــات الغربية الأخرى، يميل الأفراد الذين يعـــانون مـــن الاكتئـــاب والمتخصصين في الصحة النفسية الذيـــن يعالجونـــهم إلـــي التأكيد على المشكلات النفسية، كالشـــعور بـــالحزن وعـــدم الأهمية واليأس كسبب رئيسي في إحـــداث الاكتئـــاب. كمـــا تختلف أيضاً الخبرات المصاحبة لاضطراب الفصام بـــاختلاف المحتوي الثقافي، ففي الهند على سبيل المثال، توجد حالـــة من ثلاثة حالات تعاني من هذا الاضطراب تعاني من السـلوك التخشبي (الكتاتوني) behavioral catatonia وهـــي حالـــة سلوكية يقوم الشخص خلالها بالوقوف أو الجلوس في وضع غريب وغير مألوف لعدد من الســـاعات أو الأيـــام. وهـــذه الحالة تكون نادرة الحدوث بين الأشخاص الذين يعانون مـــن اضطراب الفصام في أوروبا وأمريكا الشمالية. وباســـتخدام العلاج المناسب، يستعيد معظم الأفراد الذين يعـــانون مـــن الاضطرابات النفسية حالتهم الطبيعية. كما أن الأفراد الذيـــن يعانون من الاضطرابات النفسية التي تستمر لمدة طويلة، قد يتم إعادة تعلمهم بصـــورة تجعلـــهم ينظمـــون أعراضـــهم ويتكيفون مع أعراضهم وبالتالي يعيشون حياتـــهم بصـــورة

ملائمة ومنتجة.

الاتجاه نحو الاضطراب النفسي Attitudes Toward Mental Illness

يشكل المرض النفسي وصمة عار أو خزي للأفـــراد الذين يعانون منه بصورة جوهرية في معظـــم المجتمعـــات، فالمرضي النفسيين عادة ما يلقون اللوم من الآخرين بســـبب اضطراباتهم الشخصية، كما ينظر إليهم في بعـــض الأحيـــان على أنهم ضحايا للأقدار السيئة، أو أن اضطراباتهم ترجـــع إلي مغزى ديني وخلقي، أو نتيجـــة للســـحر. ومثـــل هـــذه الوصمة قد تمنع بعض الأسر التي يوجد بين أفرادها مريضـــا نفسيا من الاعتراف بذلك، وقد تنكر بعض الأسر أو تغـــالي في إخفاء الشخص المريض وتمنعه من تلقي العناية الفعالـــة أو قد يبعدونه عن الأسرة بأي صورة ممكنة. وعندما ننتقـــل من مستوي الأفراد إلى المجتمع الكبير، نجد أن مثـــل هـــذه الاتجاهات تؤدي إعاقة توفير خدمات الصحة النفسية ونقـــص العناية المقدمة بدرجة حادة. وفي كثـــير مـــن دول العـــالم، مازال يستخدم أسلوب تقييد وحبس المريـــض النفســـي ، أو يتم وضعه ادخل المستشفيات أو في أماكن إيـــواء قـــذرة لا تتلاءم مع كونهم مخلوقات بشرية حتى يومنا هذا . وهنـــاك

تغير كبير في الآن الاتجاهات نحو الاضطراب النفسي في أماكن عديدة من العالم، نتيجة لزيادة الوعي الصحي والدفاع عن المرضى النفسيين.

اضطراب الفصام

هو اضطراب عقلي شديد يتميز بمجموعة من الأعراض المتنوعة، تتضمن فقدان الاتصال بالعالم الواقعي، والسلوك الغريب، وتشوش الفكر والحديث والعجز في التعبير عن الانفعال، والانسحاب الاجتماعي. وعادة ما تحدث بعض هذه الأعراض لأي شخص، ومصطلح الفصام مشتق من الكلمة اليونانية التي تعني " العقل المقسوم " "split mind." وعلى عكس ما هو معروف أو شائع عن فإن اضطراب الفصام لا يشير إلى الشخص ذو الشخصية المنفصلة split personality أو ذو الشخصيات المتعددة multiple personality وقد يبدو اضطراب الفصام لد المشاهدين كالجنون madness أو شبه الجنون insanity ،ويؤثر الفصام بدرجة أكبر من أي اضطراب عقلي آخر على حياة الأفراد الذين يعانون منه، حيث أن مثل هؤلاء الأفراد يجدون صعوبة في التمييز بين الخبرات الحقيقية والخبرات غير الحقيقية، وبين الأفكار المنطقية وغير المنطقية، وبين

السلوك الملائم والسلوك غير الملائـــم، كمـــا يـــؤدي هـــذا الاضطراب إلى العجز في قدرة الفرد لأداء عمله على نحـــو جاد، أو الذهاب إلى المدرسة، أو التمتع بعلاقات جيـــدة مـــع الآخرين، أو حتى اعتنائه بنفسه.

Contributed By:

Alex Cohen

Arthur M. Kleinman[1]

أسباب حدوث الاضطرابات السلوكية

الأسباب الوراثية

الأسباب البيئية

الأسباب البيوكيميائية

الاكتئاب

يعرف الاكتئاب من خلال الدليل التشخيصي الإحصائي

---

[1]"Mental Illness," *Microsoft® Encarta® 98 Encyclopedia.* © 1993-1997 Microsoft Corporation. All rights reserved.

الإكلينيكي (الطبعة الثالثة المعدلة) (DSM-III-R) الصادر عن جمعية علم النفس الأمريكية American Psychiatric Association, 1978 على أنه حالة من سوء التوافق النفسي، وتشتمل الأعراض الرئيسية للاكتئاب خلال حياة المريض اليومية على العزلة والعزوف عن مشاركة الآخرين بالإضافة لعدد من الأعراض الأخرى كالمزاج المكتئب، وانخفاض الطاقة، وضعف التركيز ، وفقدان الاهتمام بالأنشطة العادية، والإحساس بالتعب والإرهاق، والهياج النفسي الحركي Psychomotoagitation والإحساس بعدم القيمة.

وعلى الرغم من وجود عدد من الدراسات التي تشير نتائجها إلى أن أعراض الاكتئاب قد تختلف قد تختلف في مرحلة الطفولة والمراهقة عن مرحلة الشباب (Carelson & Garber,1986) إلا أن هذه الدراسات قد اعتمدت في تشخيصها للاكتئاب على السلوك اليومي والخبرات النفسية في هذه المراحل (McConville & Bruce,1986) كما أن المعلومات المتوفرة عن الأساب اليومية التي تؤدي إلى حدوث الاكتئاب في مرحلة الطفولة والمراهقة محدودة إلى حد ما. ويرى كل من (لازارد وشوارتز & Lazard)

Schwartz,1986 أن هناك مدي واسع من الحالات الانفعالية بالنسبة للإناث المرحلة الجامعية اللاتي يعانين من اضطـراب الاكتئاب وهذا ما لا نجده عند الإناث في مرحلـــة الطفولـــة والمراهقة حيث أن أعراض الاكتئاب بالنسبة للأطفال تكـــون حادة خلال عدد من المواقـــف الاجتماعيـــة حيـــث أشـــارت الدراسات إلي أن الصغار المكتئبين تكون خبراتهم بالعلاقـــات الاجتماعية مع أسرهم ضعيفـــة (Asarnow, Carelson & Guthrie,1987 (وبيوربـــاش وبوزديـــن Burbach & Borduin,1986 (وكاشاني وبيك وآخـــرون Kashani & Beck et.al.,1987 كما أنهم قليلي التفاعل مع أقرانهم (كاندل ودافيز Kandel & Davies, 1982) ، (وليفكوفيتز وتيســـني Lefkowitz &Tesny, 1980) ، (وكوي Quay, 1986) .

Reed W. L., & Marcela R., (1990) Ecology of depression in late childhood and early adolescence. Jurnal of Abnormal Psychology, 99,1,92-102.

الإعاقة العقلية

أولا: تعريف الإعاقة العقلية

مر تعريف الإعاقة العقلية بتطورات كثيرة، فقد عرفها البعض- خلال فترة الأربعينات والخمسينات- بالنظر إليها على أنها مشكلة طبية في المقام الأول، وعرفها آخرون باعتبارها مشكلة اجتماعية بالدرجة الأولى، في حين تناولها آخرون على أنها مشكلة تعليمية. وفيما يلي إشارة لبعض تعريفات الإعاقة العقلية في ذلك الوقت:

التعريفات التي تناولت الإعاقة العقلية على أنها مشكلة طبية.

عرف (تريد جولدTredgold,1952) الإعاقة العقلية على أنها " حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى النمو السوي أو عدم اكتمال ذلك النمو" وأن هذه الحالة تنشأ من عيب أو نقص في الجهاز العصبي المركزي نتيجة الإصابة العضوية في المخ بحيث تكون تلك الإصابة ذات أثر واضح على ذكاء الفرد.كما عرف (جريفس Jervis,1952) الإعاقة العقلية بأنها: " حالة توقف أو عدم اكتمال النمو

العقلي نتيجة لمرض أو إصابة تحـــدث للفــرد قبــل ســن المراهقة أو نتيجة لعوامل جينية أثناء فترة التكوين. ولقـــد حاول (بنوا Benoit,1959)، أن يضع تعريفا للإعاقة العقليــة أكثر شمولا من التعريفات السابقة فعرف الإعاقة العقلية على أنها " حالة قصور في الوظائف العقلية نتيجة عوامل وراثيــة أو عوامل بيئية تؤدي إلي ضعف في كفاءة الجهاز العصبـــي ونقص في القدرة العامة للنمو، وقصور في القـــدرة علـــى التكيف" .

التعريفات التي تناولت الإعاقة العقلية علـــى أنـــها مشكلة اجتماعية

عرف (دول Doll,1941) الفرد الذي يعاني من الإعاقة العقلية على أنه شخص غير كفء اجتماعيا ولا يســتطيع أن يسير أموره وحده ،وهو أقل من الأسوياء في القدرة العقليــة وأن تخلفه يحدث منذ الولادة أو في سن مبكرة "، كما عــرف (سارسون Sarason,1953) الإعاقة العقلية بأنـــها "حالــة يظهر فيها عدم التوافق الاجتماعي، وتصاحب بقصور فـــي الجهاز العصبي المركزي

التعريفات التي تناولت الإعاقة العقلية علـــى أنـــها مشكلة تعليمية

تناول بعض الباحثين ظاهرة الإعاقة العقلية على أنـــها مشكلة تعليمية واتخذوا مدى القدرة علـــى التعلـــم معيـــارا أساسيا للتعرف على الشخص المعوق عقليا. ومـــن أشـــهر هـــؤلاء البـــــاحثين (كرســـــتين انجـــرام Christine Ingram,1953). حيث عرفت الطفل المعوق عقليـــا بأنـــه: " الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مســـتوى زملاؤه في الفصل الدراسي، وتقع نسبة ذكاؤه بيـــن ٥٠ – ٧٥ ،وتطلق إنجرام على هذا الطفل مصطلح "بطيء التعلـــم Slow Learner) ويعرف (هيبر Heber, R,1962) الإعاقـــة العقلية على أنها "حالة تتصف بمستوى وظيفي للعقـــل دون المتوسط وهذه الحالة تبدأ أثناء فترة النمو يصاحبها قصـــور في السلوك التكيفى للفرد ".ولقد وضع عـــدد مـــن المعـــايير للتعرف على الشخص المعوق عقليا على النحو التالي:-

١- أن يكون المستوي الوظيفي للعقل دون المتوسط: بمعنى أن يقل أداء الفرد عن أداء أقرانه من العاديين بمقدار

انحراف معياري إذا قيس الأداء على اختبار من اختبارات القدرة العقلية العامة.

٢- أن يعانى الفرد من قصور في السلوك التكيفي: وهذا يعنى أن يتأخر نمو الفرد في نواحي النضج والتعلم.، فيتأخر في الجلو س والحبو والوقوف والمشي والكلام. ويفشل في التعامل مع الآخرين، ويعاني من صعوبات في التعليم " ونقص في القدرة على اكتساب المعلومات.

٣- أن يحدث هذا أثناء فترة النمو: " ويقصد بفترة النمو تلك الفترة من العمر التي تمتد من بداية التكوين حتى سن المراهقة.

وقد تبنت الرابطة الأمريكية للضعف العقلي هذا التعريف وأعلنته تعريفا إجرائيا للإعاقة العقلية، وتم تقسيم المعوقين عقليا إلى فئات وفقا لهذا التعريف في ذلك الوقت.

ولم تهدأ البحوث العلمية، ولم تكتفي الأوساط المتخصصة بتعريف واحد للإعاقة العقلية، فصدر عن الرابطة البريطانية للضعف العقلي تعريفا آخر عام ١٩٧٣ كما يلي:-

الإعاقة العقلية هي: " حالة توقف أو تأخر أو عدم

اكتمال للنمو العقلي تحدث في سن مبكرة بسبب عوامل وراثية أو مرضية أو بيئية تؤدى نقص الذكاء وقصور في مستوي أداء الفرد في مجالات النضج، والتعلم والتكيف"

وفي عام ١٩٧٧ توصل (جروسمان Grosman,1977) إلي تعريف آخر يوضح مظاهر القصور التي تظهر علي الفرد في نواحي الذكاء والسلوك التكيفي حيث يعرف الفرد المعوق عقليا بأنه : " الشخص الذي يعاني من قصور في السلوك التكيفي، وقصور في القدرة العقلية كما أن المستوي الوظيفي للذكاء يكون أقل من المتوسط وأن هذه الحالة تحدث أثناء فترة النمو "

ولقد عرفت الرابطة الأمريكية للضعف العقلي American Association of Mental Deficiency (AAMD,1987) الإعاقة العقلية بأنها نقص دال في المعدل العام للوظائف العقلية يصاحبه قصور في السلوك التكيفي ، والمستوي الوظيفي للذكاء يكون أقل من المتوسط وتحدث خلال مرحلة النمو " والشخص المعوق عقليا هو ذلك الشخص الذي تظهر علية المعايير التشخيصية التالية :-

- أن يكون لديه نقص ذو دلالة في المستوي العام للذكاء : ويظهر هذا من خلال أداء الفرد علي

مقاييس الذكاء العام بحيث يحصل الفرد على نسبة ذكاء أقل من ٧٠ وهي درجة الحد الفاصل بين المعـــاقين عقليـــا والأسوياء

• أن يكون لدي ه قصور في السلوك التكيفـــي : ويمكن معرفة هذا من خلال سلوك الفرد فـــي المواقـــف الاجتماعية المختلفة ، ومدى اعتمـــاده علـــى نفســـه ، ودرجة استقلاله عن الآخرين ، ومعدل نموه وانتقاله مـــن مستوي نمائي إلي آخـــر ومقارنـــة ذلـــك بالمســـتويات المعيارية للنمو.

• أن هذه الحالة تحدث أثناء فترة النمو: وهـــي الفترة التي تبدأ منذ تخصيب البويضة بالحيوان المنـــوي وحتى سن المراهقة

الفرق بين المرض العقلي والإعاقة العقلية

يخلط البعض أحيانا بين المرض بين مفهوم الإعاقـــة العقلية وبين مفهوم المرض العقلي، أو يصنـــف المعوقيـــن عقليا ضمن مرضي العقول أو العكس والخلط بيـــن هذيـــن المفهومين يؤدي إلي تأخر العلاج اللازم لكل مـــن مرضـــي العقول والمعوقين عقليا أيضا. وينتج عن ذلك تأخر فـــرص

الشفاء وفرص التنمية لهؤلاء الأفراد من هنا تتضح أهمية توضيح الفرق بين هذين المفهومين وإزالة اللبس بينهما. ولتوضيح هذا الفرق وإزالة اللبس ينبغي الإشارة إلي كل من هذين المفهومين ــ كل علي حدة ــ

المرض العقلي

يحدث المرض العقلي في أي مرحلة من مراحل العمر بلا حدود وعادة يحدث بعد سن المراهقة وفي معظم الحالات يحدث المرض العقلي للفرد بعد مروره بخبرة فشل في تعامله مع بعض عناصر البيئة التي يعيش فيها، أو بعد فشل الفرد في التعامل مع أشخاص بعينهم أو عجز الفرد عن حل بعض المشكلات وقد يحدث نتيجة لمغالاة الفرد في طموحاته وتوقعاته بما لا تتلاءم مع قدراته وإمكاناته فيجد نفسه عاجزا عن تحقيق تلك الطموحات وفشله في الوصول إلى تلك التوقعات. وقد يحدث المرض العقلي للشخص الذي يشعر دائما أن الآخرون يرونه غير كفء وغير قادر على عمل معين، وتكرار تلك المواقف في حياة الفرد سيؤدى له إلي الإتيان بأنماط غير سوية من السلوك الانفعالي مثل: الاكتئاب، والانسحاب والعدوانية، والانطواء والعزلة. وعلى هذا فإن المريض عقليا هو في الواقع شخص معوق انفعاليا

ووجدانيا ونتيجة لهذه الإعاقة الوجدانية والانفعالية نجد هذا الشخص يحجم عن أداء بعض المهام التي تتطلب قدرة عقلية ص!بنه، هعجز عن حل المشكلات التي تواجهه، ويظهر عدم الكفاءة في أداء بعض المهام التي تتطلب قدرة عقلية معينة ويعجز عن حل المشكلات التي تواجهه ويظهر عدم الكفاءة في أداء بعض الأنشطة العقلية ، ومن أهم ما يميز المرض العقلي أنه بعد اكتمال نمو العقل. وقد يحدث في أي مرحلة من مراحل العمر، وأن العجز الظاهر في الأداء العقلي لدى الشخص المريض عقليا يرتبط بفترة المرض فقط وبعد الشفاء يعود الفرد إلى حالته العقلية السوية قبل الإصابة بالمرض العقلي.

٣ -أسباب الخلط بين مفهومي الإعاقة العقلية والمرض العقلي: يتضح مما سبق أن هناك فروقا واختلافات جوهرية وأساسيه بين مفهومي الإعاقة العقلية والمرض العقلي، وأن الخلط بينهما ينشأ نتيجة لتشابه بعض الأعراض الانفعالية والعقلية التي قد تظهر في سلوك كل من المعوقين عقليا ومرضي العقول.فالشخص المعوق عقليا لا يستطيع اكتساب المهارات الأساسية إلا في مراحل متأخرة من النمو، ولا يملك القدرة اللازمة لأداء الأعمال والمهام التي تتطلب

قدرات عقلية معينة دائما في أداء تلك الأعمـــال والمـــهام، ونتيجة لهذا الفشل المستمر والعجز عن أداء ما

التبول اللاإرادي

تعتبر حالة التبـــول الـــلاإرادي مـــن اكـــثر حـــالات الاضطراب شيوعا بين الأطفال في مرحلـــة الطفولـــة وهـــى تظهر عند الأطفال الذين يعانون من بعض المشاكل العاطفيـــة والانفعالية كما تظهر عند غيرهم ممن لا يعانون مـــن هـــذه المشاكل العاطفية. تشير الملاحظات إلى أن بعـــض الأطفـــال يبللون ملابسهم في الليل فقط وبعضهم في النهار والبعـــض الآخر يبلل ملابسه في الليل والنهار أيضا. هـــذا ولا تعتـــبر حالات التبول اللاإرادي مشكلة إذا ما حدثـــت فـــي الطفولـــة المبكرة أي قبل سن ثلاث سنوات إلا إذا استمرت إلى ما بعـــد هـــذا الســـن حيـــث تعتـــبر حالـــة مرضيـــة (سلومون Solomon,1971) . يذهب (كولـــب Kolb, 1968) إلى أن نسبة ٨٠% من أطفال سن السنتين علمـــة يبولـــون على أنفسهم لاإراديا، وان معظم الأطفال في نهايـــة الســـنة الثالثة من عمرهم يقلعون عن عادة التبـــول هـــذه وتبقـــى

النسبة القليلة منهم والتي تشكل مشكلة يهتم بـــها الآبـــاء والأمهات من جهة كما يــــهتم بــها الأطبـــاء والمعـــالجون النفسيون من جهة ثانية.

يعرف البعض التبول اللاإرادي بشكل عام "بأنه حالـــة من عدم السيطرة علي التبول على أن تكون ثابتـــة وتظـــهر لدي طفل يزيد عمره عن سن الخامسة ،أما بولـــو (١٩٧٥, Baller) فيعتبر التبول اللاإرادي بأنه: (حالة مـــن التفريـــغ اللاإرادي للمثانة ليلا عند طفل يزيد عمره عن ثلاث ســنوات ونصف بمعدل لا يقل عن مرتين في الأسبوع مـــن غـــير أن تظهر عنده أسباب عضوية واضحة ".

ويقصد بالتبول اللاإرادي كما جاء في المصنف الرابع الأمريكي للأمراض النفسية DSM-IV، علـــى أنـــه تكـــرار التبول في الملابس أو الفراش لخض النظر عن كونه لاإراديا أو مقصودا، وحدث مرتيـــن فـــي الأســـبوع علـــى الأقـــل، والمستمر إلى ثلاثة شهور أو أكـــثر فـــي غيـــاب الأســـباب العضوية (Harold,1994).

وتنتشر مشكلة عدم القدرة على ضبط عمليتي التبـــول والتبرز عند الأطفال في كل المجتمعات البشرية إلا أن طـــرق

التدريب ومحاولات السيطرة على هذه المشكلات تختلف من مجتمع إلى آخر، كما أن الطرق العلاجية تنوعت ولم تظهر حتى الآن فعالية طريقة دون غيرها Daniel and (Terence,1975) .

ومن الملاحظ أن حوالي ٢٥% كل ن يبولون في الليل تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار أيضا وان نسبة الأطفال الذين يبولون لاإراديا تتناقض تدريجيا مع تقدمهم في العمر.

ولتحديد نسبة الأطفال الذين تزيد قدرتهم على السيطرة على تبولهم ليلا ونهارا مع زيادة العمر فان العلاقة بين العمر والتحكم في التبول تعكس السير التلقائي للعملية. ففي عمر السنة يكون بعض الأطفال قد تعلموا ضبط التبول خلال الليل وفي عمر السنتين ونصف يكون نصف الأطفال تقريبا قد ضبط التبول في الليل والنهار. وفي عمر الثالثة تصل النسبة إلى ٧٥ % من الأطفال أما في عمر الخامسة فتكون النسبة العظمى من الأطفال قد تعلمت ضبط التبول ويبقى حوالي ١٠% منهم يعانون من المشكلة ، وبعد هذا السن تتناقص هذه النسبة وبنسبة ١٥ % منهم سنويا (Boller et ١٩٧٥)(Kalvin,et al,1973). ويشير (١٩٧١

Solomon. الى أن هناك ثلاثة أنواع من التبول الـــلاإرادي وهي: التبول الانتقامي والتبول العدواني، والتبــول الـــذي لا يعود لأسباب أسرية أما وراثية أو ترتبط بطريقـــة التدريـــب على التبول واتجاهات الوالدين نحو عملية التدريب هذه.

ويتفـــق (كولـــب Kolb,1968)، مـــع (١٩٧١ ، Solomon) في أن اتجاهات الوالدين وطبيعة التدريب علـــى التبول لهما دورا مؤثرا في التسبب بحالات التبول اللاإرادي، كما يشير كولب (Klob ، ١٩٦٨) إلى عدم وجود علاقة بين الذكاء والتبول اللاإرادي مؤكدا علـــى أن طريقـــة معاملـــة الأمهات بشكل خاص للأطفال تلعب دورا هاما في هذا الجانب وذلك لان الام التي تحمى طفلها حماية زائدة كثيرا ما تســبب له مثل هذه الحالة، ويفسر كولب تأثير اتجاهـــات الوالديـــن على حالة التبول اللاإرادي بان الطفل يحاول يرضي الوالدين ويكسب ودهم بعدم تبليل فراشه أو ملابسه وانه فـــي حالـــة إدراك الوالدين لذلك فإن الطفل سيعمل عل عدم تبليل فراشـــه دائما ليلقى قبولا وحبا من قبل الوالدين.

أما علي كمال (١٩٦٧) فيرى أن التبول الليلي ما هو إلا عادة طبيعية تحدث في السنة الأولى من العمر، وان هـــذه العادة تقل تدريجيا بعد ذلك مشيرا إلى أن حوالي ٨٩% مـــن

الأطفال تتوقف عندهم هذه العادة في نهاية السنة الثالثة، إلا أنها تستمر عند البعض الأخر، كما يتفق علي كمال مع كولب في أن مستوى الذكاء ليس له علاقة بالتبول اللاإرادي. أما احمد عكاشة (١٩٦٩) دراسة ميدانية بين طلاب مدارس الابتدائية والإعدادية شملت المدارس الخاصة والحكومية في مدينة طنطا ووجد أن حالات التبول اللاإرادي أكثر انتشارا في المدارس الحكومية وفسر ذلك على أساس تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي كما وجد أن هذه المشكلة تنتشر بين الأولاد اكثر منها بين البنات، أما فيما يتعلق بعلاقة التبول اللاإرادي بالذكاء فلم يتفق احمد عكاشة مع كل من كولب وعلي كمال حيث وجد أن الأطفال الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي كانوا من ذوي الذكاء المنخفض أو المتوسط.

وتذكر (Jonathan,1993) أن التبول اللاإرادي يؤدي إلى عدم الارتياح النفسي بالنسبة للطفل، فيشعر بالذنب وتدني في معنوياته النفسية وتقل ثقته بنفسه،كما تعاني الأسرة من القلق والتوتر بسبب هذه المشكلة وتبدو ظاهرة التبول اللاإرادي شائعة عند الأطفال الذكور، حيث يشكلون ضعف حالات الإناث (Hirasing, 1991) ، وهم أبطأ من

الإناث في اكتساب عادة التحكم في البول، إلا أن ٩٠% عن الأطفال المتبولين يستطيعون التحكم بـــالبول خـــلال النـــهار (Meadow,1986) ومن الجدير بـــالذكر أن عمليـــة التبـــول اللاإرادي تتحسن عند الأطفال مع مرور الوقت، إلا أنها تتأثر بالقدرة العقلية لدى الطفل، والنضج الاجتماعي، ومحـــددات البيئة الثقافية، وطبيعة التفاعل النفسي والاجتمـــاعي داخـــل الأسرة (Harold, et al,1994) .

المراحل السلوكية لتطور ضبـــط التبـــول عنـــد الأطفال

تزداد الفترة الزمنية التي يبقى فيها الطفل نظيفا مـــع زيادة العمر ويبدأ سلوك الطفل تطوره منذ الشهر الأول حيث يكون رد فعل الطفل الأول عندما يتبلل هو البكاء والصـــراخ وقد يستيقظ بعض الأطفال قبل فترة قصـــيرة مـــن تبولـــهم. والواقع أن بعض الأطفال يتمكنون من النظافة خـــلال الليـــل قبل نهاية السنة الأولى من عمرهم. وفي سن ١٥ شهرا فان الطفل عندما يبلل ملابسه يستيقظ ويبكي حتى يتم تغيرها له، ويميل الأطفال إلى استعمال المفهوم نفسه للدلالة على كـــل من عمليتي التبول و التبرز. فيما بين عمر ١٨ - ٢٤ شهرا

يخبر الطفل أمه عادة بان ملابسه الداخلية قد اتسخت أمـــا في السنة الثانية فان الطفل يستعمل مفاهيم مختلفة للدلالـــة على عمليتي التبول والتبرز، وبعد ذلك بقليل يعـــي الطفـل لمثانته عند امتلائها فيصرخ معلنا عن انه على حدوث بتبول ويدور في حركات تدل على طلب المساعدة. فـــي المرحلـــة التالية يحتفظ الطفل ببوله لفترة يعي الحاجة الملحة للتبـــول ثم يبدأ الطفل في الذهاب إلى نزع ملابسه قبل أن يتبول وهذا قد يكون أسهل إذا كان الطفل قادرا على المشي وكان المكان أو الوعاء المخصص للتبول قريبا.

وخلال هذه المرحلة فان الطفل يصبح قادرا علـــى أن يفرغ مثانته كل ليلة كليا. أما في عمر الثالثة فان يعلن عـــن رغبته في الذهاب إلى الحمام عادة بفخر واعتزاز ويميل إلى البقاء فيه لفترة أطول ويمضى في اللعب. وفي عمر الرابعـــة يعلن الطفل قدرته على التحكم في التبول لكل زائر باهتمـــام بالغ بإغلاق الحمام خلفه طالبا البقاء وحـــده خـــلال عمليـــة التبول في هذه المرحلة أيضا يتمكن الطفـــل فـــي أن يفـــرغ مثانته في اقي درجة من الامتلاء دون الحاجة إلى الانتظـــار حتى تمتلئ كليا وهنا يكون قد تحـــول مـــن مجـــرد عمليـــة ارتكاسية على شكل رد فعل لاإرادي إلـــى عمليـــة إجرائيـــة

إرادية يتهم الطفل عند الحاجة. حيث يعتبر نمـــر ســيطرة الطفل على مثانته علامة لنمو استقلاله الــذات (١٩٦٠ ! h ظ Pru nd اة ٣١ اة ٧٣(!u ر " (، ١٠ اة vin . Ct ا اة K) وهكذا نجد انه قد يتم عادة إلى الـلاإرادي فـــي أي وقـــت خلال الطفولة إلا إنها قد تستمر أحيانا حتى ســن المراهقــة حين تم! مسارها بشكل طبيعي. أما الذيــن يســتمرون فـــي التبول اللاإرادي b، نهم ٩ إما أن يكون الطفل لم يتعلم ضبط تبوله في الأماكن الناشفة أو أن يكون قد تعلم ضبط تبولــــه سابقا ولكنه عاد إلى العادة فيمـــا بعــد وهــؤلاء هــم ثــة المنتكسين الذين وجد أنهم اقل من غيرهم في نسبة الذكـــاء كما وانهم اكثر أفعالا وقلقا واعقاديـــة. (+ ١٩٧ . ول أدلاط اة ndB اة ول أ" !اة ١١)

أسباب التبول اللاإرادي

يعود التبول اللاإرادي في الغالب سواء كـــان أوليـــا، بمعنى أن الطفل قد استمر في التبول ولم يتعلم بعـــد ضبــط مثانته، أو كان ثانويا (نكوصيا) إلى أحد العـــاملين التـــاليين عامة:-

١ -اضطراب أو خلل في الجهاز البولي أما بســــبب

الوراثة أو بسبب الأمراض الـتي يمكـن تصيـب الأجـهزة البولية.

ب- أسباب نفسية انفعالية تربوية.

أما بالنسبة للفئة الأولى من الأسباب فتعود في الغالب إلى الأمراض التي تصيب مجاري البول أو غيرها أو تلـف أو اضطرابات بنيوية في الجهاز البولي كصغر حجم المثانـة مثلا أو اتساع فوهة المثانة... الخ. أما عن العوامل النفسية والعاطفية والتربوية فيذكر (Kolb,1968) أن الطفل يمكن أن يبلل ملابسه أو فراشه نتيجة وجود مولود جديد في الأسـرة وذلك لان الام تركز عنايتها على الطفل الجديد وتهمل الطفـل السابق كذلك يشير إلى أن الطفل العدواني ميال للتبول وبهذا فـهو يتفـق مـع كـوران وبـارترج وسـتوري (Curran,Partridge and Story,1972) كذلك فان انتقـال الطفل من مرحلة إلى أخرى قد يكـون سـببا فـي التبـول اللاإرادي حيث تتطلب تلك المرحلة الجديدة سلوكا جديدا يجد انه من الصعب التكيف معه فتظهر لديـه ص يحـدث عنـد بعض الأطفال لدى ذهابه إلى المدرسة لأول مرة. يضاف إلى ذلك أن ممارسة العقاب قد تؤدي إلى هذه الحالة وهنا فـان الطفل يقوم بسلوك انتقامي يسـعى إلـى التبـول وتوسـيخ

ملابسه أو فراشه انتقاما من الذين يمارسون عليه العقــاب (كولب ١٩٦٨, Kolb) كذلك فان عامل المنافسة والغــيرة بين الأطفال في الأسرة الواحدة والذي يشجعه الآباء أحيانــا بشكل خاطئ بالإضافة إلي الاحباطات والنقد الذي يتعرض له الطفل من أفراد أسرته قد تؤدي إلى حالة التبول اللاإرادي .

أما عن هذه الأسباب النفســية والعاطفيــة للتبــول اللاإرادي فيذكر (Kahn, ١٩٧٣) أن هناك عدة أسباب فــي فشل الطفل ضبط التبول أصلا أو في عودة الطفل إلى التبـول اللاإرادي بعد أن يكون قد سيطر على عملية التبــول هــذه يمكن تلخيص هذه الأسباب فما يلي:

١- انخفاض مستوى الذكاء: ذلك انه مــن المتوقع أن تكون عملية ضب عند الأطفال المتخلفيــن عقليا منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية فــي الذكاء

٢- الظروف الاجتماعية والمعيشية: ويكون الســبب هنا في نقص التدرب بسبب تعــدد الأطفــال فــي الأســرة واكتظاظهم عند النوم في الغرفة الواحدة.

٣- التدريب الزائد: ذلك أن الاهتمام الزائد في تدريب

الطفل على ضبط وتفريغ المثانـــة يزيـد مـن حساسـيتها للاتساع ولذلك فان محاولة ضبط عملية التبول دون مراعـاة ا الطفل تخلق عنده قلقا يؤثر في سلوكه تأثيرا سلبيا يجعلـه غير قادر على الضبط عند وجود الحاجة .

٤- المواقف النكوصية: وهنا نجد أن الطفل يعود إلى أنماط سلوكية، طفولية سابقة عندما يتعرض لضغط عـاطفي من نوع ما أو خلال فترة المرض الجسمي الذي قد يتعـرض له الطفل ، من هذه المواقف الانفصال عـن الام أو وجـرد مولود جديد اصغر منـه يحظـي باهتمـام الام أو ظـروف الامتحانات... الخ.

٥- التثبيت في مستوى طفولي: حيث يستمر بعـض الأطفال غير قادرين علي ضبط عملية التبول بسبب تغـاضى بعض الوالدين عن ضبط ابنهم لتبوله لعدم وجود طفل آخـر غيره فتستمر معه العادة إلى سن متقدمة.

٦- العدوانية: حيث يظهر بعـض الأطفـال سـلوكا عدوانيا نحو أمهاتهم يتمثل في التبول الـلاإرادي كوسـيلة للتعبير عن التمرد أو نتيجة صراعاتهم التي يعـانون منـها نتيجة لعملية الضبط.

٧- اللذة أو الاستمتاع بالدفء الذي يعقب عملية التبول أثناء النوم مما يزيد من استمرار هذا السلوك الخاطئ.

هذا ويضيف البعض إلى هذه الأسباب عوامل من مثل الأحلام والكوابيس التي يعيشها الطفل أثناء النوم، الخوف، والعقاب وإهمال الآباء والأمهات وعدم اهتمامهم بمساعدة الطفل علي اكتساب عادة ضبط عملية التبول وما يعود إلى سوء التدريب أو عدمه في الطفولة المبكرة. وبالرغم من تعدد الأسباب التي قد تساهم في التبول اللاإرادي فانه يمكن النظر أليه علي واحد من اضطرابات العادة أو انه سلوك غير تكيفي (١٩٧٧ ، sIett ا، ط) وانه كما يرى، (Wooly) مشكلة في التدريب على العادة (١٩٧٢ أ , Bakwin and Bakwin)

العلاج

لقد تعددت طرق العلاج التي استخدمت في معالجة التبول اللاإرادي وأخذت أشكالا مختلفة بعضها طبي علاجي وبعضها نفسي.

أما العلاج الطبي فيعتمد على استخدام العقاقير أو

اللجوء إلى العمليات الجراحية في بعض الحـالات ويذكـر كوران ورفاقه (Currin,et al، ١٩٧٢) أن استخدام الـدواء ضروري مع الحالات التي تعاني من نوم عميق كمـا يمكـن استخدام العقاقير المقوية للجهاز السمبثاوي والتي تخفـض من النوم العميق مثل البلادونـا واللايثـالين وغيرهـا مـن الأدوية وهذه العقاقير تزيد من ق المثانـة علـى الاحتفـاظ بكميات اكبر من البول. كما يمكن استخدام العقاقير المضـادة للاكتئاب. التوفرانيل التريبتيزول بكميات تتراوح ما بيـن ٢٥ – ٧٥ ملغم يوميا حيث تكون هذه العقاقير مضادة للأعصـاب الباراسيمبتماوية، ومن ثـم تقـوى الأعصـاب السـميثاوية وبالتالي تساعد علي احتفاظ المثانة بكميات اكبر من البـول وتقلل من مستوى القلق والاكتئاب التي يعاني منـها الطفـل وتساعد على تشكيل الفعل المنعكس الشرطي الجديـد وهـو اليقظة عند امتلاء المثانة وفي هذه الحالة فان العلاج يجـب أن يستمر لمدة لا تقل عن ثلاثة شهور حتى نتأكد من سلامة الفعل المنعكس الشرطي الجديد (احمد عكاشة، ١٩٦٩).

أما العلاج النفسي فقـد اسـتخدام أسـاليب متعـددة تراوحت من إعادة التدريب إلى إرشـاد الوالديـن والطفـل وتدريب الطفل على الاحتفاظ بامتلاء المثانة وتعزيـز هـذا

السلوك إلى الأساليب الاشــراطبة القائمــة علــى أســاس استخدام جهاز علاج التبول لإحداث الاقتران بيــن الصــوت الذي يحدثه الجهاز عند بداية عملية التبول وامتلاء المثانــة كمثيرين لإيقاظ الطفل، ذلك أن الصوت المفاجئ الذي يصــدر عن الجهاز يشكل مثيرا طبيعيا لليقظة وانه حين يقترن فــي عدد من المرات مع امتلاء المثانة فان عملية التعلم الشرطي تحدث بحيث يصبح امتلاء المثانة وحده مثيرا شرطيا وكافيــا لإحداث اليقظة وبالتالي سلوك التبول الصحيح.

حيث استخدم مورر ومورر عام ١٩٣٨ جهاز البــول الرنان Enuresis Alarm أو Bell and pad وقــد وصلــت نسبة التحسن في دراسات لاحقة إلى ٧٠% عنــد الأطفــال الذين يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي،إلا أن الانتكاســات كانت تصل إلى ٣٠%. (Cordon and Husmann1987) كذلك فإن هناك تحفظات على استخدام طريقة الجرس لأنــه يشكل إزعاجا بالنسبة للطفل وباقي أسـوته (Sarnuel,1980)

واستخدم سميث عام ١٩٤٨ طريقة حبــس البــول لعلاج مشكلة التبول اللاإرادي، وذلك بأن يؤخر الطفل عملــة التبول عند امتلاء مثانته لفترة من الوقــت، ويكــرر هــذه

الطريقة لفترة زمنية، كما استخدم باسجالس عـــام" ١٩٧٢ نفس الطريقة مع إعطاء الحوافز، وقـــد أظـــهرت الطريقـــة تحسنا بسبة ٥٠% (Shaffer ١٩٨٧) .

واقترح شارلز، هوارد بأن يقوم الطفل بتفريغ البـــول في مبولة لمعرفة كمية البول، وفي كل مرة!م نشجع الطفـــل على حبس البول لفترة زمنية أطـــول حتـــى تـــزداد كميـــة البول،وينم كذلـــك تقديـــم المعـــززات الماديـــة والمعنويـــة (هوارد١٩٨٩)

ولقد أشار دويل (Doyle) إلي وجود أعداد كبيرة مـــن الدراسات التي تؤكد نجاح الأساليب السلوكية فـــي معالجـــة التبول اللاإرادي والتي تصل نسبة النجاح فيها إلي ما يقـــرب من ٩٠ % في بعض الحالات.(Spence,et al,1976)

وتوضـــح دراســـة (Sloop and Kennedy,1973) استخدام الطريقة السلوكية التقليدية فـــي معالجـــة التبـــول اللاإرادي باستعمال جهاز معالجة التبول الذي يحدث صوتـــا يوقظ الطفل عند بداية التبول ويؤخذ الطفـــل مباشـــرة إلـــى الحمام . فقد أشار الباحثان إلي تحسن ملحوظ فـــي ســـلوك التبول عند مجموعة من الأطفال المتخلفين عقليا على اثـــر

المعالجة التي استمرت مدة أحد عشر أسبوعا. فقد وجد أن ٥٢% من الأطفال الذين خضعوا للمعالجة قد وصلوا إلي مرحلة النظافة الكاملة لمدة ١٤ يوما بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة الذين أخذوا إلي الحمام مرتين كل ليلة سواء بللوا فراشهم إن لا حيث وجد أن طفلا واحدا منهم فقط ويمثل ٥ % قد أظهر تحسنا وبهذا الأسلوب العلاجي يعتبر تعلم الطفل ضبط تبوله استجابة تجنبه الإفاقة المفاجئة ليلا والذهاب إلي الحمام وهي بحد ذاته نتيجة غير سارة

أما لقد استخدموا أسلوبا آخر وحاولوا فيه تعزيز ضبط المثانة إيجابيا بدلا من التركيز علي سلوك التبول في حد ذاته. وبمعني آخر فقد اهتموا بتعليم الطفل وتدريبه عل الاحتفاظ لمدة تزيد طولا مع التقدم في عملية التدريب علي اثر ذلك عل المعززات الاجتماعية والمادية أو الرمزية التي يمكن للطفل استبدالها بما يشاء.

أما نتائج هاتين الدراستين فقد أشارت إلى نجاح تلك الطريقة في معالجة التبول الليلي أو أثناء النهار وفي فترة زمنية قصيرة نسبيا . هذا بالإضافة إلى أن أ الأسلوب قد استمر لمدة ثلاثة أشهر بعد انتهاء عمل! المعالجة

أما (Stedman,1972) فقد ترك مسؤولية المعالجـــة للمربي نفسه حين طلب من فتاة في عمر الثالثة من عمرهــا أن تتحمل مسؤولية تعليم وتدريب نفســـها علـــى الاحتفـــاظ بامتلاء المثانة دون الذهاب إلى الحمام ، وذلك بزيادة مـــدة الاحتفاظ هذه مع الزمن وفي نهاية الأســـبوع الثـــامن مـــن المعالجة كان معدل تبول الفتاة مرتين في الأســـبوع. ولـــدي متابعتها لمدة تاسلعتها لمدفي بهاثة الإ!بر وجـــد ان مـــرات التبول لم تتعد أرج مرات خلال الثلاثة ة أشهر أمـــا تـــيرنر ورفاقه (Turner , et al ., ١٩٧٠) فلم يتمكنوا من إيجـلد فروق ذات دلالة بين المجموعات العلاجية سواء تلك التـــي عولجت بواسطة جهاز التبول وبأساليب مختلفة مـــن حيـــث تقديم الإشارة الصوتية أو تلك التي اتبعت الإفاقة العشـــوائية أو التي استخدم معها العلاج الوهمي حيث دلت النتائج علـــى المعالجة عن طريق الاشراط قد استطاعت وقف التبول فـــي بداية المعالجة بنسبة ٨١,٤% ولكن معدل أو نسبة الانتكاس كانت عالية. هذا وقد دلت الدراسة مبدئيا على الأقل إمكانيـــة تكرار سلوك التبول اللاإرادي عن طريق الاشـــراط المرتبـــط بالتعزيز المتقطع، إلا أن مشكلة عدم تعاون الوالدين وخاصة من أبناء الطبقة العاملة كانت مـــن بيـــن المشـــكلات التـــي

اتضحت في سير الدراسة مما ، يمكن اعتباره سببا في التقليل من فعالية تلك الأساليب الاشراطية. أما فانيلي ورفاقه (١٩٧٣ . et al Finley) فقد اهتموا بالتأكد من الفرضية التي تقول أن معدل الانتكاس على أثر استعمال جدول التعزيز المتقطع (r . I) سيكون اقل منه عند استعمال جدول التعزيز المستمر ولذلك فقد اهتموا بمعالجة ثلاثين من الذكور قسموا إلى ثلاث مجموعات تعزيز مستمر (r . c) ، تعزيز متقطع (i . r) ومجموعة ضابطة بدون تعزيز. أما نتائج تلك الدراسة فقد أشارت إلى إن مجموعتي التعزيز قد قللتا سلوك النظافة وبنفس عدد المحاولات ونفس معدل النجاح تقريبا. أما معدل الانتكاس فقد كان أعلى وبفرق ذي دلالة عند أفراد مجموعة التعزيز المستمر منه عند أفراد مجموعة التعزيز المتقطع. أما المجموعة الضابطة فلم تظهر أي تحسن ملموس خلال مدة العلاج التي استغرقت ستة أسابيع. وبهذا فان نتائج هذه الدراسة تأتي مؤيدة أيضا لفكرة انه يمكن النظر إلى الانتكاس على أساس محو سلوك أو استجابة متعلمة وعليه فانه يمكن العمل على معالجتها ثانية. هذا وقد حاول (يونغ ومورجان (Young and Morgan ,1973) اختبار الفروق بين ثلاثة مستويات من

شدة المثير الصوتي في الجرس المستخدم في إفاقة الطفل والمرتبط مع جهاز التبول، إلا أن نتائج دراستهما لم تظهر أية فروق بين المجموعات الثلاث سواء في فعالية المعالجة أو في معدل الانتكاس بعد المعالجة.

أما ازرن ورفاقه (Azrin.et al,1973)فقد اهتموا بتطبيق أسلوب الفرشة الناشفة (Dry – Bed Procedure) والقائم عل أساس تطبيق برنامج مكثف لمجموعة من البالغين المتخلفين عقليا يقوم على أساس التعزيز الإيجابي لأنماط السلوك الصحيح فيا يتعلق باستعمال الحمام، والتعزيز السلبي لحوادث التبول، والتدريب الإيجابي لاستعمال الحمام ليلا وزيادة مستوى البول عن طريق إجبار المريض تناول المزيد من السوائل بالإضافة إلى الانتباه المباشر والآني لأنماط السلوك الصحيحة والخاطئة في استعمال الحمام. هذا وقد وجد الباحثون أن ليلة واحدة من التدريب المكثف كانت كافية لإنهاء عادة التبول اللاإرادي عند من اعتبر منهم متبولا متوسطا، كما قلت حوادث التبول اللاإرادي عند المجموعة بما يساوي ٨٥% من معدلها السابق خلال أسبوع واحد من التدريب وبما يساوي ٩٥ % في الأسبوع الخامس وبدون أي حالة انتكاس بعد ثلاثة اشهر من

المتابعة، في حين أن استخدم جهاز التبول الصوتـــي مـــع نفس المجموعة سابقا وبدون استعمال ردود الفعل الســلبية والإيجابية لم يقلل من حوادث التبول على الإطلاق. يخـــرج الباحثون من نتائج دراستهم هذه إلى القول بأنه من الواضح انه يمكن اعتبار أسلوب الفرشة الناشفة (Dry Procedure Bed -) أسلوبا سريعا في حل مشكلة التبول عند المتخلفيـــن عقليا وانه يمكن تطبيقه مع المجموعات المرضية الأخرى أو حتى مع الأسوياء.

وفي دراسة أخرى استخدم ازرن ورفاقـــه (١٩٧٤,. Azrin ,et al) نفس الأسلوب السابق الــــذي اشـتمل فــي دراستهم السابقة (Azrin et al.. ١٩٧٣) مع مجموعة من الأطفال الأسوياء الذين يعانون من مشكلة التبول الــلاإرادي مؤكدا على تطبيق نظام التدريب المكثف بالإضافة إلى جــهاز التبول الصوتي فوجدوا أن ليلة واحدة من التدريب المكثـــف أيضا قد كانت كافية للوصـــول إلـــى J!AA حـــادثتي تبـــول لاإرادي فقط عند كل من أفراد الدراسة وذلك قبل الوصـــــول إلى مستوى النظافة الكلية على مدى ١٤ ليلة مستمرة بدون تبول وبدون انتكاس في حين أن قليلا من التحسن في بعـض الحالات أو عدم التح!بن في حالات أخرى أمكن الوصول إليه

عن طريق تطبيق أسلوب جهاز التبول الصوتي وحده على مجموعة ضابطة على أثر أسبوعين من العلاج وبهذا فان أسلوب ازرن ورفاقه المعروف باسم أسلوب الفرشة الناشفة يبدو فعالا وسريعا ومختلفا عن غيره من الأساليب العلاجية المستخدمة في معالجة التبول اللاإرادي. أما يونغ ومورجان (Morgan and Young1972)فقد حاولا اختبار اثر التعليم الزائد (Over Learning) على معدل الانتكاس وذلك على اثر الوصول إلى مستوى النظافة الكاملة لمدة ١٤ يوما متواصلة عن طريق استخدام جهاز التبول الصوتي بان أعطيت مجموعة من ٦١ حالة إجراءات التعليم الزائد بالإضافة إلى إعطاء المرضى كمية كبيرة من السوائل في ساعة واحدة من ذهابهم إلى النوم كطريقة لتقوية مقاومة الاستجابة المتعلمة للامتحان. هذا وقد وجد الباحثان إن هذه الطريقة تقلل بالفعل من معدل الانتكاس دون زيادة في احتمال ترك المرضى للمعالجة قبل الأوان وذلك بعد سنتين من المتابعة. وفي دراسة قام بها (Nerrelbeck . ١٩٧٨ and Langeludecke,1978) استخدم فيها ٢٤ من المرضى عولج سبعة منهم بأسلوب التدريب المكثف المطابق لأسلوب ازرن ورفاقه، (Azrin ,et.,al 1974) وتسعة بنفس الأسلوب

ولكن بدون استعمال جهاز التبول (المنبه) وتسعة منهم لم يتلقوا أي شكل من أشكال العلاج واعتبر والمجموعة الضابطة.

أما نتائج تلك الدراسة فقد أظهرت انه بالرغم من التباين الموجود بين أفراد الدراسة أصلا فان جميع أفراد المجموعة الأولى التي عولجت بأسلوب التدريب المكثف المقرون بجهاز التبول قد وصلوا إلى درجة النظافة الكاملة على مدى أسبوعين وذلك بعد ثمانية أسابيع من العلاج أما أفراد المجموعة الثانية التي لم يستخدم معها الجهاز فان عدد مرات التبول في نهاية العلاج كانت مساوية تقريبا لما كانت عليه قبل العلاج باستثناء حالة واحدة وكذلك الأمر بالنسبة للمجموعة الضابطة.

ولقد استخدم (Azrin,1974) طريقة التدرب على جفاف الفراش Dry - Bed Training ، مع استخدام جرس الإنذار، وحصل على نتائج سريعة، وتذكر بعض الدراسات أن نسبة التحسن عند الأطفال تصل إلى ٥٠ % Jonthan (1993) . وتعد طريقة العلاج الزائف Placebo power من المحاولات التي تهدف إلي السيطرة علي مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال ، وقد أشارت بعض الدراسات إلي أن

إعاقة التوحد Autism

مشكلة التشخيص والكشف المبكر.

عثمان لبيب فراج (أستاذ النفسية وصحة البيئة بالجامعة الأمريكية)

منذ أكثر من ربع قرن وإيجاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين وهو يكافح من أجل التعريف بمشكلة الإعاقة ويجرى البحوث وبرامج التدريب ولعقد المؤتمرات الدولية والندوات التي تعالج المشكلة من كافة محاورها بدعا بدراسة العوامل المسببة وبرامج الوقاية والكشف المبكر والتدخل العلاجي والتعليم والتأهيل والتدريب المهني والتشغيل والتوعية الإعلامية وتكرين رأى عام مساند لقضايا المعوقين وتشجيع ودعم النشاط الأهلي لضمان حقوق المعوقين.وفى إطار دعم البحث العلمي يقوم الاتحاد ببناء مركز المعلومات الخاص بمشكلات الإعاقة ويقوم الاتحاد بمتابعة ما يجري على الساحة المحلية والإقليمية

والدولية من بحوث ميدانيه ومختبريـــه ومســحية ونقلــها للجمهور والمتخصصين العاملين في المجـــال عــن طريــق دوريته التي تصدر كل ثلاثة شهور وعن إصداراته المختلفـة من الكتب والتقارير التي تضم بحوث وتوصيات المؤتمــرات المختلفة التي يعقدها الاتحاد بصفة دوريـــه ويدعــى إليــها العلماء والمتخصصين والعـــاملين فـــي الميــدان والـــهيئات الحكومية والأهلية في مصر ودول الوطن العربي والـــهيئات الدولية.ولهنا ينقل الاتحاد إليهم وينشر في الوطـــن العربـــي نتائج البحوث هـــامش ما يجرى فـــي أنحـــاء العـــالم مـــن تطورات حديثه في مجالات العمل مع المعوقيـــن لمســـايره التطور العلمي وما يسفر عنه من كشوف مستحدثه- وعلـــى سبيل المثال التلوث البيئي كعامل مسبب للإعاقة والذي قـــد زاد الاهتمام به منذ أوائل السبعينيات- وكذلك ما يظهر مـــن إعاقات لم تكن معروفة بالقدر الكافي علـــى الســـاحة مثـــل إعاقات التعلم ومثل إعاقة الاوتيزم (التوحـــد) عـــن طريـــق النشر.وفى هذا الإطار تتناول النشرة الدورية معالجه مشـكلة الاوتيزم وسوف على مشكلة التشخيص والكشف المبكر التي تعتبر المرحلة الأولى الممـــهدة للتدخـــل العلاجـــي لإعاقـــة الاوتيزم.وتعتبر عمليه التشخيص لحالات الاوتيزم من اكـــثر

عمليات تشخيص الإعاقات المختلفة صعوبة وتعقيدا ويرجع السبب إلى التباين في الأعراض من حالة إلى أخرى من حالات الاوتيزم من جهة ولان بعض الأطفال- حتى غير المعوقين منهم- قد نجد في سلوكياتهم أو خصائص وسمات شخصيتهم بعضا من سمات طفل التوحد في بعض الأحيان ولفترات محدده رغم انهم قطعا ليسوا كذلك ومن هنا كثيرا ما يحدث بعض الأخطاء الجسيمة حيث يحكم على الطفل بأنه يعانى من إعاقة التوحد بينما هو ليس كذلك مما يكون خطورة على مستقبل الطفل وآلاما لا حد لها لأسرته، وقد قابلت كاتب البحث حالات عده شخصت خطأ على أنها حالات توحد ولكنها لم تكن كذلك إنما كانت تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو فصام الطفولة أو إسبرجر أو تعانى من صعوبات تخاطب أو تأخر في الكلام أو حالات الانطواء أو الخجل الشديد إلى غير ذلك من الحالات التي تتشابه بعض إعراضها مع التوحد خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن إعاقة التوحد ، الاوتيزم قد تأخذ صورا متعددة. حيث أن التوحد مفهوم واسع متعدد الأشكال والدرجات (تماما مثل كلمه موالح التي تطلق البرتقال بأشكاله المختلفة واليوسفي والليمون الحلو أو مثل كلمة مفرقعات التي يقع تحتها

عشرات الأنواع مـــن بمــب الأطفــال والقنــابل اليدويــة والديناميت ودانات المدفع والصاروخ.. إلى القنبلة الذريــــة) هذا التنوع الكبير في خصائص ومستويات وأعراض وشـــده الإعاقة تزيد من صعوبات التشخيص الدقيق لحالات الأوتـيزم وتزيد من احتمالات الخطأ في التشخيص، هذا ويزيـــد مــن صعوبة التشخيص عدم وجود اختبارات أو مقــاييس مقننــه للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والنبـــات وحتى الآن قد يخطئ الأطباء النفسيين فيشـــخصون الحالــة خطأ ، أنها فصام أطفال بينما هي حالات اوتـــيزم ونخلــص فيما يلي الفروق الميزة والتي تجعل مـــن الســـهل التفرقــة بينهما:

-فالفصام غالبا ما يظهر بين عمر ١٥ و ٣٠ ســـنة "بينما التوحد يظهر التوحد قبل عمر ٢-٣ سنين

-الفصام يصيب الإناث والذكور على الســـواء بنمــا التوحد يصيب الذكور اكثر من الإناث (بنسبة ٤:١)

- في الفصام تظهر أعــــراض الهلوســـه والأوهـــام التهيئوات Delusions, Hallucinations بينما لا تظهر فـــي حالات الاوتيزم

- مريض الفصام لا يعانى من قصور لغوى أو غياب القدرة عن التعبير عن نفسه والاتصال والتخاطب مع الآخرين بينما تعانى الغالبية العظمي من أفراد التوحد من القصور اللغوي ومن استخدام اللغة والتخاطب في الاتصال بالآخرين وغالبا ما يخلط من يستطيع أن يتكلم منهم في استخدام الضمائر فهو يعبر عن نفسه باستخدام "أنت"، وعن غيره باستخدام " أنا "

- بينما يكثر مريض الفصام بالتعبير عن نفسه وإظهار عواطفه وانفعالاته فان مريض الاوتيزم جامد الحس لا يعبر ولا يفهم الانفعال والعواطف ولا يتبادلها.

- أطفال الاوتيزم يتجنبون التقاء العيون بينما من النادر أن يحدث هذا في حالات الفصام.

ولتوضيح ما قصدناه البند الأول وهو! بدء ظهور بعض أعراض الاوتيزم خلال الشهور الثلاثين الأولى نذكر هنا بعض هذه الأعراض التي يمكن ملاحظتها في الشهور الأولى في مرحله المهد حيث لا يتولد بينه وبين والدته أو من ترعاه أي رابطه عاطفية فهو لا يبتسم ولا يبدى فرحا بهز يديه ورجليه عند ما تقبل عليه لتداعبه أو تحمله كما

يفعل الأطفال العاديين،ولا ينظر أليها وقد لا يشعر بوجودها أو يبكى لابتعادها عنه وعندما يمشى لا يتبع أمه من مكان لآخر كما يفعل الطفل السليم بل يمضى معظم وقته منغلقا على نسه في عالمه الخاص لا يهتم أو يشعر بما يجرى حوله ولا يبادر إلى اللعب مع الأطفال الأخريين بل ربما يتجنبهم في إطار من السلوك السلبي.هذا ولا تعنى هذه الأعراض أن سلبية وانغلاقه على نفسه سمه دائمة بل كثيرا ما يثور ويندفع في نوبات من الغضب والصراخ والعدوان على نفسه أو على الآخرين فقد يطرق رأسه في أ الحائط أو اللطم على الوجه أو يكسر الأواني أو يلقيها على الآخرين ثم يهدأ فجاه.ومن هنا يتضح أن ملاحظة و تسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة يعتبر عنصرا أساسيا في تشخيص حالات الاوتيزم مع إجراء ،الفحوص الطبية اللازمة على أجهزة السمع لاستبعاد حالة الصمم العضوي وعلى أجهزة الكلام لاستبعاد حالات البكم العضوي كما يتطلب الأمر قياس مستوى الذكاء لتحديد ما إذا كانت الحالة مجرد تخلف عقلي فقط أو تخلف عقلي مصاحب لإعاقة التوحد (حيث أن ٩٠% من حالات التوحد يصاحبها تخلف عقلي خفيف أو متوسط أو شديد بينما ١٠% منهم على ذكاء عادى أو ربما عالي) أخذا

في الاعتبار صعوبة تطبيق اختبارات الذكــاء لكثــير مــن حالات التوحد وخاصة الأجزاء اللغوية منها.هذا وقد تختفــي أو تقل حده بعض الأعراض المذكورة أعلاه مع تقدم الطفــل في السن وقد تظهر أعراض جديدة لم تكن قد ظهرت قبـــلا ولكنه مع هذا يظل منغلقا على نفسه لا تبدر عنه أي بـــادرة أو محاولة للاتصال بالآخرين وقد تنمو حصيلته اللغوية قليلا ولكن ببط ه شديد ويتعذر عليه تفهم الحديــث أو التعبــيرات الانفعالية على الوجه كما يقاوم أي تغيير في نمط حياتـــه أو ملبسة أو ترتيب المكان الذي يعيــش فيــه وتتقــل ثــورات الغضب والسلوك العدواني وقد يستمر التحسن واكتســـاب ا مهارات لغوية أو اجتماعيه إذا بدأ تأهيله في سن مبكـــر. أو كان على مستوى ذكـــاء عـــادى أو مرتفـــع،والتبـــاين فـــي الأعراض المتعددة التي ذكرناها كبير بيـــن أطفـــال إعاقـــة التوحد فهناك " اختلاف في مستوى الذكاء ونى شـــدة كـــل عرض من الأعراض المختلفة وفى درجة العزلة والانغـــلاق وحده ثورات الغضب وفى الحصيلة اللغوية والقـــدرة علـــى الاتصال وفى درجه النمو الاجتمـــاعي والمعرفـــي والنضـــج الانفعالي وهناك غ من أطفال هذه الفئة من هم على نشـــاط زائد Hyperactive منطوي قليل الحركة Hypoactive مـــن

هو عادى في نشاطه وحركته. كما أن نسبه الإصابة به تكون اكثر بين البنين عنها في البنات ولكن عندما يصيب الفتاه فأنه يكون غالبا اكثر شده وعنفا في أعراضه منها لدى الذكور.ولعل أول المعايير التي وضعت لتشخص حالات التوحد هو تلك التي وضعها Kanner في عام ١٩٤٩ للحكم على الحالة بأنها. حاله توحد وهى تنص على:

١- سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.

٢- التمسك الشديد لحد الهوس بمقاومة أي تغيير في الملبس أو المأكل أو السلوك أو عناصر البيئة المحيطة من حيث ترتيب الأثاث وغيره أو في روتين الحياة اليومية.

٣- مهارة غير عادية في الارتباط بالأشياء والتعاطف معها في نفس الوقت الذي لا يبدو عليه ارتباط أو انتماء إلى أي إنسان بما في ذلك أبوية وإخوته.

٤- رغم كل جوانب القصور التي تميز طفل التوحد أحيانا ما يأتي ببعض الأعمال التي تتميز بقدرات أو مهارات غير عادية كتذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة (حتى لو كانت كلمة أجنبية لا يتقنها) أو يقوم بعملية حسابيه

صعبة أو يبدى مهارة في الرسم و الموسيقى أو الغنـــاء ، بشكل طفرات فجائية لفترة وتنقض.

٥- حالات البكم أو ما يقرب منها أو قدرة لغوية غير مقصودة غير ذات معنى أو موضوع أو همهمة غير مفهومه لا جدوى منها في تحقيق الاتصال مع الآخرين.

حجم المشكلة:

هذا وبالنسبة لحجـم مشـكلة الاوتـيزم فقـد وأكـد Kanner في كتاباته اكثر من مرة بأن انتشـــارها محـدودا للغاية وأنها حالات نادرة ولكن الواقع أن تبريره أو تدليلـــه على هذا الرأي لا يعتمد على أساس علمي ثـابت أو دقيـق فهو يبنيه على أساس انه في عام ١٩٥٨ وخلال ١٩ عامـا من عمله في عيادته لم تصل عدد الحـالات التـي تقدمـت للفحص إلا حوالي ١٥٠ حاله في قـارة أمريكـا الشـمالية (١٦٥ مليون مواطن آنذاك) بمعنى أن هناك ٨ حالات سنويا مدعيا أن عيادة الطب النفسي التي يرأس أدارتها كانت هـي المركز الطبي الوحيد الذي ذاعت شهرته في تشخيص حالات الاوتيزم وكان يقصدها أو يحال إليها الحالات المشـتبه فـي أنها حالات اوتيزم وانه وجد في عام ١٩٦٢ أنه من بين كل

عشرة حالات أحيلت إليه لم يثبت سوى أن واحدة فقط هي من حالات الاوتيزم المؤكدة. وخاصة وأن عدد الحالات التي ظهرت في دول القارة ألا وروبيه أو عشر حالات طوال العقد التالي لنشر Kanner لبحوثه وفق ما جاء في بحث مسحي نشره الطبيب النفسي الأوروبي فان كريفيلين Van Karevelen الذي كانت تحال إليه في عيادته اكثر من الحالات المشتبهة في أصابتها بإعاقة الاوتيزم كما أكده Kanner & Knolloch في كتابهما عن الأوتيزم وقطاع الطفولة الذي نشر عام ١٩٦١ أنه في بحثهما المسحي لعدد ٣٠٠٠ حالة تمثل عينه كبيرة قاما بدراستها على أساس إصابتها بإعاقة الأوتيزم لم يجدا سوى ٤٠ حالة فقط إصابتها مؤكدة وهما على اعتقاد أن العديد من الحالات التي تعانى خللا من فصام الطفولة تشخص خطأ على أنها حالات، أوتيزم. ويبدو في رأيهما أن هناك ثلاثة عوامل مسئوله عن شيوع أخطاء في تشخيص حالات الاوتيزم وهى:

١- ندرة انتشار حالات الاوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق لها عن الأعراض الفعلية المميزة لهذه الإعاقة.

٢- الاعتقاد الشائع بأن العوامل المسببة للانحرافات السلوكية هي عوامل سيكولوجية عصابية والذي لا يتطابق

تماما مع الأعراض التي حددها Kanner للمرض

٣-غياب المرجع الدقيق لتشخيص أمـــراض الطـب النفسي.

ولهذه الأسباب ظهرت أول محاولة علميه للوصـــول إلى تشخيص اكـــثر دقـــه للمـــرض مـــن وضـــع العالمـــان Selain,yannet ثلاث معايير للتشـــخيص نتيجـــة بحوثـــهما المسحية لعدد كبير من الحالات في مقـــال يعـــرض تقريـــر البحث نشر في دورية ، بحوث الطفولة عام ١٩٦٠ وهـــذه المعايير هي:

١- اضطراب واضح في الشخصية يتميز بـــالانغلاق على الذات وعدم الانتماء الاجتماعي لآخرين.

٢- بدء ظهور إعراض المرض في خـــلال العـــامين الأول والثاني من العمر.

٣- غياب القصور الحركي الذي يميز معظم حـــالات الأمراض الذهانيه الشديدة

هذا وقد ض!من تقرير بحث هذان العالمـــان وجـــود نسب مرتفعة من أفراد عينة البحـــث المصـــابين بـــالاوتيزم

وصلت إلى ٤٢% يعانون من نوبات الصــــرع بينمـــا كـــان Kanner قد وجد أن هذه النسبة نى. يحثه لم تزد عن ١%، كما لاحظا وجود العديد من الأعراض الجسمية مثل الـــنزيف المخـــي cerebral hemorrhage والاستســـقاء والتـــهاب الدماغ النخاعي Arrested macrocephalus وغيرها ممـــا يشير إلى احتمالات إصابات أو تلف المـــخ كعـــامل مســـبب لاعاقة الاوتيزم. هذا وقد أثار تمســـك Kanner بـــأعراض ا لتوحد extreme Aloneness والإصرار على مقاومة التغيـــير اعتراضات هذان العالمان وغيرهما على أساس انـــهما مـــن الأعراض التي يجب وضعها في الاعتبار ولكنهما ليســـا كـــافيين وحدهما للتحكم على الحالة بأنها حالة اوتيزم،هذه الخلافـــات في وجهات النظر بشأن التشخيص قد حسمت بالتوصل إلـــى إعداد مقاييس اكثر دقة في الحكم على الحالة بأنـــها حالـــه توحد فقد اعد العالمان Spenser ، Polan مقياسا في عـــام ١٩٥٩ وهـــو checklist of Symptoms of Autism in Early Life وقد اســـتخدم هـــذا المقيـــاس بنجـــاح وشـــاع استخدامه منذ أوائل الستينيات وقام البـــاحث B. Rimland باستخدامه عام،١٩٦ كأساس لأعداد اختباره الأكثر شـــيوعا والذي يتكون من ٨٠ سؤال يجيب عليها والد أو والدة الطفل

حيث تختار إجابة واحدة لكل سؤال مـــن عـــده احتمـــالات متعددة واستخدم كنجاح في معهد أبحاث الاوتيزم في ســـانت ييجو بولاية كاليفورنيا ومنذ ذلك التاريخ وهو يستخدم كـــأداة تشخيص في معظم أنحاء العالم. ومن الجدير بالذكر انه قـــد تمت ترجمته إلى العربية مع تعديلات محدودة بمركز سيتي- كاريتاس مصـــر حيـــث يســـتخدم فـــي تشـــخيص حـــالات الاضطرابات السلوكية والأوتيزم،ويحتوى هذا الاستبيان على أسئلة تتعلق بنمو الطفل في مراحله المبكرة مثـــل "فـــي أي عمر بدأ طفلك المشي وحده " (أو الاستفســـار عـــن بعـــض السلوكيات ذات الدلالة المرضية اللازمة للتشخيص مثل: "هل يقوم الطفل بترتيب مكعبات أو بلوكات بشكل رأسي أو فـــي صفوت منتظمة المسافات ويرفض أو يغضب أو يقاوم تغيـــير تنظيمها أو هدمها بواسطة الغير من الكبار أو الأطفال؟("هـــذا وقد قام Rimland بتجريب هذا الاستبيان مـــع أكـــثر مـــن ٦٠٠٠ حالة أوتيزم من الأطفال وسجل نتائج التطبيق وكافـــة التحليلات التي قام بها على ديسكات الكمبيوتر لتكون عونـــا ومرجعا لغيره من الباحثين .

هذا وقد قامت باحثه أخرى تدعى Margaret Creak بإعداد مقياس تقدير آخر لتشخيص حالات الأوتيزم للأطفـــال

دون سن الخامسة هو مقياس تقييم اوتيزم الطفولــــة The childhood Autism Rating Scale (CARS) وشـــــكرن المقياس من خمسة عشر قائمة بنتها الباحثة علـــى أســـاس قائمه لتسعه محكات قياس كانت قــد وضعتــهما لتشــخيص الأوتيزم عام، ١٩٦٤ وفى نطاق كل مقيـــاس يمكــن تقديـــر سلون الطفل إما في إطاره الطبيعي أو البعيد عـــن الطبيعـــي بدرجاته المختلفة وفق عمر الطفل. وتحـــدد الدرجـــة علـــى المقياس عن طريق ملاحظة سلوك الطفـــل بالإضافـــة إلـــي قدرته علي أداء أعمال معينه وفيما يلي عرضـــا لجوانـــب السلوك أو الأعراض الخمسة عشر التي بنى عليها المقيـــاس والتي يمكن استخدامها كخطوط عريضة لتعريف (تشخيص) حالات الأوتيزم والتي شاع استخدامها بواسطة المتخصصيـــن والآباء للتشخيص المبدئي:

١- قصور في العلاقـــات الإنســـانية ٢- غيـــاب القدرة على التقليد ٣-قصور انفعالي عاطفي وجداني

٤- سلوكيات شاذة في حركـــات الجســـم والإصـــرار بالتمسك بأداء حركات نمطيه

٥- التصاق غير عادى بأشياء أو أدوات غير آدميـــة.

٦- مقاومة محاولات إحداث أي تغيير

٧- استجابات بصريه شاذة ٨ -استجابات سمعية شاذة ٩ - انطباعات حسية دقيقه

١٠- القلق Anxiety ١١- قصور الاتصال اللغوي ١٢- قصور الاتصال غير اللغوي

١٣- قصور مستوى النشاط ١٤- قصور الوظائف العقلية ١٥ - انطباعات عامه

وتتفق وجهه نظر مار جريت كريك لحد كبير مع مبادئ التعريف والتشخيص التي نادت بها وتستخدمها الجمعية الوطنية لأطفال الأويتزم.

وفي عام ١٩٧٨قام ثلاثة من العلماء النفسيين المهتمين بإعاقة الأويتزم وهم، Krug, Arick, Almond ، بإعداد استبيان للتعرف على أطفال الاوتبزم راعوا فيها البساطة وسهولة الاستخدام والدقة في التشخيص والدرجة العالية للصدق والثبات وإمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال للأعراض التعليمية وقد قوبلت باستحسان كبير ولازالت تستخدم في دوائر التعليم الخاص وهي "استمارة فرز حالات الاوتيزم في مجال التخطيط التعليمي".Autism

for Educational planning screening instrument Autistic Behavior ١٩٨٨ وسـميت عــام (ASIEP) checklist (ABC) وتتكون هذه الأداة من خمــس أجـزاء تستهدف تزويد المدرسين ومن يقومون بتخطيــط الـبرامج التعليمية المناسبة لاحتياجات أطفال الاوتــيزم بالمعلومــات اللازمة لوضع تلك البرامج وتحتوى هذه الأجــزاء الخمســة على ٥٧ من السلوكيات التي يجــب ملاحظتــها وتســجيل البيانات عنها وفيما يلي المجالات السلوكية للأجزاء الخمســة للاستمارة.

١-تسجيل وتحليل عناصر الصوت والكـــلام واللغــة التي تصدر عن الطفل.

٢- تقييم قدرات التفــاعل الاجتمــاعي بيــن الطفــل والكبار.

٣- تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللغوي

٤- تقييم القدرة على الاتصال

٥- تقدير القابلية للتعليم وسرعة اكتساب الخبرات.

وكانت تجرى في نفس الوقت بحوث أخرى في جهات متعددة نتيجة الاهتمام الذي أثارته بحــوث Kanner فعــلى

سبيل المثال قامت طبيبه الأعصاب مارى كولمان رئيسه مركز وعيادة الأطفال لبحوث المخ والجهاز العصبي في مدينة واشنطن نتيجة بحوثها على عدد من حالات الاوتيزم بتصنيف هذه الحالات إلى ثلاث فئات هي:

أ – حالات الاوتيزم التقليدية:

وتظهر أعراضها في مرحله الطفولة المبكرة (٢،٥ سنه) ولا تظهر عليها أي أعراض مرتبطة بتلف أو إصابات الجهاز العصبي كما تبدى تجاوبا ملحوظا وتحسنا في الاستجابة لبرامج التأهيل العلاجي بين عمر ٧،٥ سنين.

ب – حالات الفصام الطفولي بأعراض شبيهه للاوتيزم

وتتشابه هذه الحالات مع أعراض الفئة السابقة ولكنها لا تبدأ في الظهور إلا بعد الشهر الثلاثين من العمر مع ظهور إعراض طبيه عقليه أخرى خلال تلك التي حددها Kanner

ج – حالات الاوتيزم المخية العضوية

وهي حالات تبدو فيها بوضوح أعراض عضوية لإصابات المخ أو خلل التمثيل الغذائي Metabolic disorders أو نتيجة إصابات فيروسيه أثناء الحمل كالإصابة

بالحصبة الألمانية أو قصور في الوظائف الحسية كـللصم أو كف البصر أو العقلية كالصرع. ولقد أكدت مارى كولمـان أن بعض حالات الأطفال التي شخصت على أنها أوتـيزم وفـق معايير Kanner قد تظهر عليها أعراض إصابات عضويـة ،وبين هؤلاء الأطفال نلاحظ اختلافات متباينة كثـيرة فيمـا يظهر عليها من أعراض كما يؤدى ارتفاع عمر الطفل مـع الزمن إلى تباين وتغير كبير في تلك الأعراض فقد لاحظ عدد من الباحثين تحسنا ملموسا في بعض أعراض الاوتيزم تزداد وضوحا مع نمو الطفل في العمر تجاوبا مع برامج الرعايـة والتعليم والتأهيل فتقل ميولهم إلى العزلة وتتحسن قدراتـهم على الاتصال اللغوي وغير اللغـوي. ومـع تفـاوت هـذه الأعراض ومدى تحسنها بين الأطفال مـال البـاحثون إلـى الرأي القائل بان الاوتيزم ليس مجرد فئة واحدة بـل يمكـن تصنيفه إلى فئات متعددة تختلف أعراضها في النوع والشـدة والقابلية للعلاج. ولاشك أن لـها ارتبـاط أيضـا بـالعوامل المسببة التي كثيرا ما تكون أكثر من عامل واحد فـي كـل حاله من الحالات وقد أكدت لورا وينج أخصائية عيادة الطـب النفسي للأطفال بمستشفي جنوب لندن أن حالات التوحـد – أوتيزم التى تكون نتيجة لعوامل عضويه عصبية تنتشر فيمـا

بين ٣٠، ٥٥ % من حالات الاوتيزم وهذا هـو مـن أهـم العوامل التي تؤدي إلى صعوبات وخلافات عمليه التشـخيص والتي ترتبت على تصور أن الاوتيزم هو فئة واحـدة وهـي نظرة ثبت خطؤها ،ومن المؤكد أفي حالات الاوتيزم تنقسـم إلى فئات متعددة تتباين أعراضها والعوامل المسببة في كـل من تلك الفئات، هذا وقد وجدت لورا ونيج أن حجم المشـكلة ضئيل نسبيا حيث لم تجد في منطقة جنوب لندن إلا ١٧ حالة بين أطفال المنطقة التي يبلغ تعـداد أطفالـها ٣٥٠٠٠ أي بمعدل ٥ حالات تقريبا في كل ١٠٠٠٠ طفل تحت عمـر ١٥ سنه تظهر عليها كافه الأعـراض التـي حددتـها Kanner كمحكات للتشخيص وأن من بين هنا التعداد يوجد ٥٧ حالـه لأطفال لم تظهر عليهم إلا بعض هذه الأعراض الشبيهة فقـط بأعراض الاوتيزم وأن هذه الأعراض تتباين بشكل واضـح بينهم ليس من حيث النوع فقط، بل من حيث درجة الشـدة أيضا فعلى سبيل المثال من حيث التفاعل الاجتماعي تـتراوح شده القصور في التعامل مع الآخرين بيـن العجـز الكـامل والعزوف عن أي مبـادأة أو تقبـل أي محاولـة للاتصـال والتعامل مع الآخرين (وهي حالات نادرة) إلى القدرة علـى الاتصال والتفاعل النشط مـع أحـد الأشـخاص الراشـدين

المخالطين للطفل مع زيادة هذه القدرة مع النمو في العمر وتندرج القدرة على هذا التفاعل بين هذين المستويين. كما توجد حالات من أطفال قد يعزفون عن المبادأه في الاتصال بغيرهم ولكنهم يتجاوبون مع مبادأه الآخرين من الزملاء أو المدرسين بل وقد يبدو وعليهم الاستمتاع بالمثيرات الحسيه في البيئة المحيطة. هذا ويمثل هذا التفاوت تشاهد درجات متباينة في اكتساب الحصيلة اللغوية والقدرة على العبير وتفهم الآخرين ما بين حالات عاجزة كل العجز تتدرج في التحسن إلى قدرة محدودة في التفاعل اللغوي وغير اللغوي.
كذلك تتباين القدرة على التخيل واللعب الإيهامي وتفحص الأدوات في اللعب الرمزي. ولاشك أن التوسع في تشخيص حالات الاوتيزم لتشمل أولئك الأطفال الذين يظهر عليهم عرض أو اكثر من أعراض الاوتيزم المذكورة أنفا له تأثير على نتائج عمليات المسح المستخدمة في قياس حجم المشكلة في مجتمع معين ومن هنا تختلف بشكل واضح نتائج هذه المسوح وقد دلت المسوح التي تشتمل على المعايير والمحكات التي وصفها Kanner على أن انتشار إعاقة الاوتيزم في أمريكا غالبا تكون في حدود، من ٤ إلى ٥ حالات بين كل ١٠,٠٠٠٠ طفل من الأعمار الأقل من

١٥ سنه بينما تكون في إنجلترا التي تستخدم معايير أكثر مرونة واتساعا تتراوح هذه النسبة بين ٢٠ إلي ٣٠ حالة من بين كل ١٠٠٠٠٠٠ طفل ولاشك في أهميه إجراء هذه الدراسات المسحية في مجتمعنا العربي حيث أنها معلومات أساسية في وضع السياسات واستراتيجيات العمل لمخططات ولبرامج الرعاية والتأهيل وتدرب الكوادر العاملة في المجال ،ولتوفير الاعتمادات المادية اللازمة لتمويل الخدمات التي تنص عليها مواثيق حقوق الإنسان بصفة عامه والطفل المعاق بصفة خاصة التي أصبحت الآن تستخدم كأحد مؤشرات تقدم المجتمع.

وبالنسبة لتعريف وتصنيف إعاقة الاوتيزم لازالت هناك حتى الآن بعض الخلافات بين الدوائر المهتمة بمشكلات الإعاقة فهناك من هذه الدوائر ما يرفض الاعتقاد السائد أن الاوتيزم يصنف تحت فئة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة كما كان سائدا وبينما في الولايات المتحدة كان القانون الخاص برعاية المعوقين (رقم ١٤٢-٩٤) يصنف حالات الاوتيزم تحت فئة الاضطراب الانفعالي الشديد حتى عام ١٩٨١ فأن الجمعية الوطنية لرعاية أطفال الاوتيزم وهي جمعية تضم آباء

المخاوف المرضية من المدرسة:

مناخ الأسرة أو رياض الأطفال يختلفان اختلافا كبيرا عن المناخ المدرسي المتشدد نسبيا (كمال دسوقى،١٩٧٩ ، ٣٥٩- ٣٦١)-وبادئ ذي بدء تجدر الإشارة إلى أن (بوودوين Poodwin,1932) كان أول من وصف زملة أعراض الخوف المرضى من المدرسة، نقد قرر في ذلك الوقت إن غياب الطفل عن المدرسة يكون ثابتا في معدلاته، رغم عدم وجود أسباب واضحة لذلك (R., ١٩٨٣ ، ٢٣ ٦) ومع أن برودوين لاحظ أن بعض الأطفال يذكر صراحة أنه خائف من المدرسة أو خائف من المعلم، أو خائف أن يحدث شيء ما رهيب وبغيض للأم في أثناء وجودهم بالمدرسة، إلا أنه يسقط من حسابه اعتبار هذه التصريحات كمبررات للحديث عن مزيد من الأعصبة ذات الصبغة العامة أو عميقة الجذور Deep-seated .وقد تبع برودوين كل من (جونسون، فولشتاين، زيورك، وسفندسن Johson FIstein, Szurek) and Sevendsen,1941 في الإشارة إلى هذا النوع من المخاوف المرضية فكانوا من أوائل الذين استخدموا بالفعل مصطلح الخوف المرضى عن المدرسة أو فوبيا المدرسة School Phobia استخداما مميزا له عن الهروب المتعمد من

المدرسة أو التزويغ truancy` ومصنفا من وجهة نظرهـــم
على أنه اضطـــراب عصـــابى نفســـي (psychoneurotic
(Johnson et al., 1941, 711-712. disorder) غـــير أن
جونسون ١٩٥ Johnson) يقرر في دراسة بـــاكرة لـــه أن
الخوف المرضى من المدرسة ما هو إلا خطـــأ فـــي تســـمية
زملة معينة من الأعراض. وحقيقة الأمر أنها تعبير عن قلـــق
الانفصال (١) Separation anxiety الذي يحدث ليس فقـــط
في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكنه يحدث كذلك في الســـنوات
التاليـــة لـــهذه المرحلـــة.,Johnson,. 1957, 307-309)
(A.Mومنذ ذلك الحين صيغت تعريفات عديدة وحددت أبعـــاد
جديدة لمصطلح الخوف المرضى من المدرسة، غـــير أنـــها
كانت تؤكد على قلق الانفصال كعنصر حاســـم ومؤثـــر فـــي
حدوث هذا الاضطراب. فعلى سبيل المثال حين ناقش كل مـــن
جريـــن وديفيدســـن "١٩٦٥ Green, Davidson قضيـــة
الخائفين من المدرسة School Phobias والمحبيـــن لـــلأم
Mother Philes من زاوية أن هؤلاء الأطفال لايمكن النظـــو
إليهم على أنهم " هاربون من المدرسة" بقدر ما يمكن النظـــو
إليهم علـــى أنـــهم "هـــاربون إلـــى الأم "(١٩٦٥ ,Green
(Davidson

(١) قلق الانفصال Separation anxiety

الذعر أو الخوف العادي الذي يستشعره الطفل الصغير الذي ينفصل عن أمه أو بديلها، أو يواجه هذا الانفصال. وقد لو حظ قلق الانفصال أول ما لوحظ فى الشهور الستة الأولى من عمر الطفل. ويظل هذا القلق دعالأ حتى الشهر العاشـــر. وقد ينتزع الانفصال عن الأ الراد المحبوبين- لمحيمـــا بعـــد عند الكبار- قلقا م!ضابهآ، ول!ن إذا ونجد خوف زائد دمـــان هذا يعتبر علامة على التعلق العصابى

القلق الاجتماعي

لقد جاء القلق الاجتماعي ضمن اضطراب الشـــخصية التجنبيـــة Avoidant Personality disorder فـــي الدليـــل التشخيصي الإحصائي الإكلينيكي الطبعة الثالثـــة (DSM-III) والذي يمكن التعرف عليه من خلال المعـــايير التشـــخيصية التالية:

(١) الحساسية الشديدة للرفض من قبل الآخرين.

(٢) الإحجام عن الدخول في علاقات مع الآخرين ما لـــم تكن هناك ضمانات كافية وقوية بدرجة غير عاديـــة للقبـــول

غير الناقد للفرد

(٣) الانسحاب الاجتماعي

(٤) الرغبة في المودة والقبول من قبل الآخرين

(٥) انخفاض تقدير الذات

ومثل كل العلامات التشخيصية الخاصة باضطرابات الشخصية، يجب أن تكون هذه الخصائص مستمرة وغير محددة بنوبات مرضية، كما يجب أن تؤدي إما إلى عجز دال في وظائف الفرد الاجتماعية أو المهنية أو إلى اضطرابه. وهناك شرط مهم يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار يتعلق باتساق الشخصية عبر المواقف والأزمنة المختلفة (ميستشيل، Mischel,1968)، (وويجينس، Wiggins, 1973) ولكن استخدام اضطرابات الشخصية كدليل للتصنيفات التشخيصية يفترض وجود قدر من الاتساق المتعارف غليه.

وفي الدليل التشخيصي الإكلينيكي للاضطرابات النفسية (الطبعة الرابعة) الصادرة عن جمعية علم النفس الأمريكية (DSM-IV) . نري أن القلق الاجتماعي والفوبيا الاجتماعية هما مصطلحين مترادفين لاضطراب واحد يتضمن

الخوف أو التجنب من المواقف الاجتماعية أو القيام بنشاط ما خلالها، و يمكن تشخيص القلق الاجتماعي أو الفوبيا الاجتماعية من خلال معايير من خلال وجود المعايير التشخيصية التالية :

معايير التشخيص للقلق الاجتماعي

(١) الخوف الملحوظ والمستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو من الأداء الإجتماعي التي يتوقع الفرد من خلالها مقابلة أفراد غرباء عنه أو التي تؤدي إلى إمكانية تفحصه من قبل الآخرين. والمخاوف الفردية التي تجعل الفرد يؤدي عمل ما بطريقة (تظهر أعراض القلق لديه) تسبب له الإحراج

(٢) التعرض للمواقف الاجتماعية التي تخيف الفرد تثر القلق لديه بشكل ثابت تقريبا والذي قد يأخذ شكلا من موقف محدد أو تهيئ الفرد لتحدث له نوبات الفزع الموقفية ملاحظة: بالنسبة للأطفال، قد يظهر القلق لديهم بصورة صارخة، من التعبير عن نوبات من الغضب. والتجميد. أو الانكماش من المواقف الاجتماعية التي يوجد بها أشخاص غرباء عنهم.

(٣) يعترف الشخص بأن خوفهم مبالغ فيه أو غير منطقي : بالنسبة للأطفال، قد لا توجد مثل هذه الخاصية

(٤) المواقف الاجتماعية أو الأداء فيـــها والتـــي تخيـــف يتجنبها أو قد يتحملها بمزيد من القلق الحاد أو الاضطراب.

(٥) يتداخل التجنب، والتوقع الحذر، أو الاضطراب خـــلال المواقف الاجتماعية أو الأداء بها والتي يخاف الفرد منـــها بدرجة دالة مع الأعمال الروتينيـــة اليوميـــة التـــي يقـــوم . كالوظائف المهنيـــة أو الأكاديميـــة أو الأنشـــطة والعلاقـــات الاجتماعية أو غير ذلك مما يؤدي إلي الاضطـــراب بشـــكل ملحوظ نتيجة للإصابة باضطراب الفوبيا.

(٦) بالنسبة للأفراد في سن أقل من ١٨ سنة، تستمر مدة الاضطراب لفترة لا تقل عن ستة أشهر علي الأقل.

(٧) يجب أن لا يكون الخـــوف أو التجنـــب نـــاتج عـــن التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمـــواد (مثـــل الاســـتخدام الطبي للعقار أو سوء استخدامه) أو الحالة الصحية العامـــة أو لا يكون نتيجة لوجود اضطـــراب نفســـي آخـــر (مثـــل، اضطراب الفزع مع أو بدون الخوف من الأماكن العامـــة. أو اضطراب قلق الانفصال، أو اضطراب عدم ملاءمة الجســـم،

اضطرابات النمو. أو اضطراب الشخصية الفصامية).

(٨) إذا وجدت اضطرابات جسمية أو مشكلات في الحالة الصحية العامة أو اضطرابات عقلية أخري، فإن المعيار (أ) لا يرتبط بتشخيص القلق الاجتماعي. على سبيل المثال لا يكون الخوف بسبب التأتأة. أو الرعشة في اضطراب باركينسون Parkinson's disease . أو التعرض لسلوك تناول الطعام الطبيعي في اضطراب فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa أو الإفراط في تناول الطعام العصبي . Bulimia Nervosa

تحديد مشروط: عموماً: إذا اشتملت معظم المواقف الاجتماعية على الخوف فإن ذلك يعد تشخيصا إضافيا للشخصية التجنبية

اضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder

التعريف من خلال تحركنا في حياتنا اليومية، فإن التوازن بين البحث عن الاستثارة إلي تجنب الاستثارة ما هو إلا انعكاس للتوازن بين المواقف التي نواجهها والتي نتعلم منها أن نشعر بالأمن والمقدرة، إلي المواقف التي نتعلم من خلالها الشعور بأننا نواجه الخطر أو أننا غير قادرين على

مواجهة هذه المواقف. ومن ثم نقوم بتشكيل بناء حسـي- مرجعي تكون لديه المقدرة على حمايتنا عن طريق إغلاق أو فتح هذا البناء ومن ثم تكون لدينا القدرة على الدخول في المواقف المختلفة. وقد تؤثر الخبرات الشديدة على ذلك البناء المرجعي.فعلى سبيل المثال معرفة الفرد بأن شخص ما يحبه، أو فوزه في أحد المسابقات التي تعتمد علي الحظ، أو تغلبه على بعض العوائق الشخصية التي تعترضه، قد يكون لها تأثيرات إيجابية مطمئنة بالنسبة له. أما معاناة الشخص من مرض مؤلم، وشعوره بخيبة أمله تجاه شخص ما يثق فيه، فقدانه لنقوده نتيجة مغامرته بها في عمل ما، أو فقدانه لشخص ما عزيز عليه بالإضافة إلي الخبرات السيئة الأخرى كل هذا قد يؤدي به صعوبة تحمله لمثل هذه المشكلات.

القلق الاجتماعي.

A knowledgeable audience could refute consensus-raising claims for poor performances. Because of their fear of public scrutiny, people who are socially anxious

Sigrun Adaibjarnardottir (1995) How Schoolchildren Propose to Negotiate: The Role of

Social Withdrawal, Social Anxiety, and Locus of Control ,Child Development,66,1739-1751.

خلال العقدين الأخيرين، زاد الاهتمام بمحاولة فهم السلوك الاجتماعي لدي الأطفال والمراهقين، ولقد اشتمل ذلك على عدد من طرق تحليل مشكلات التفاعلات البينشخصية. كما في الأعمال الكلاسيكية النظرية البنائية – النمائية التي قام بها (كوهلبيرج، ١٩٧٦؛ سيلمان، Kohlberg, 1976; Selman, 1980 ومدخل معالجة المعلومات (دودج، وروبن و كراسنور، Dodge, 1986; Rubin & Krasnor. وعلى الرغم من أهمية ما توصلت إليه هذه الأبحاث التقليدية، إلا أن هناك انتباه قليل نسبيا بكيفية ارتباط كل من العوامل النفسية الاجتماعية ومكونات الشخصية والانسحاب الاجتماعي، والقلق الاجتماعي، ووجهة الضبط بسعة التفاوض وبوجهات النظر المتعارضة. وفهم هذه العلاقة يعد أساسا في فاعلية حل المشكلات الاجتماعية التي تواجه الفرد وتشجعه على ذلك (كوهين، كيرشوير وويهرسبان، Cohen, Kershoer, & Wehrspann, 1985؛ فرانسيز، Francis, 1988 وضمن إطار معالجة المعلومات، تم التركيز على الانسحاب

الاجتماعي، والقلق، ووجهة الضبط وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية الأخرى بدلا من التركيز على علاقته بالتفاعلات البينشخصية في حل المشكلات. ولقد تم فحص القلق مع الأخذ في الاعتبار حالة القرين (جريكا، داندز، ويك، سلساو وستون (Greca, Dandes, Wick, Slsaw, & Stone 1988 وقبول القرين، والشعور بالكفاءة الاجتماعية والوحدة، (هيميل، فرنكي وإريجانج، (Hymel, Frank & Ireigang, 1985؛ كما تم استكشاف الانسحاب الاجتماعي في ارتباطه مع شعبية القرين، وإدراك الذات الاجتماعي والوحدة والاكتئاب (روبن وميلز، Rubin & Mills, 1988) وهناك قليل من الدراسات التي توصلت إلي العلاقة بين الانسحاب الاجتماعي ومهارات حل المشكلات (فيستشلير وكيندال، Fischler & Kendall, 1988) ، (روبن وميلز، Rubin & Mills, 1988) علاوة علي ذلك هناك اهتمام قليل قد دفع الباحثين لفحص تأثيرات الإنسحاب الاجتماعي، والقلق الاجتماعي، ووجهة الضبط على تطور الكفاءة الاجتماعية، مثل القدرة على في حل صراعات التفاعل الاجتماعي. وعلاوة على ذلك، فإن القلق الاجتماعي قد يخدم كمتغير وسيط بين الإنسحاب الاجتماعي والمهارات الاجتماعية (لا

جريكا، وآخرون La Greca et al., 1988) ولقـد أشـارت النتائج إلي أن الأطفال الذين لديهم مهارات اجتماعية جيـدة قد يخافون من التقييمات السلبية للأقران، وهذا قد يؤدي إلي خفـض مسـتويات التفـاعل البينشـخصي مـع الآخريـن (فرانسيز،Francis, 1988) كمـا أن الأطفـال المنسـحبون اجتماعيا قد أقروا بأنهم أقل قبـولا وأكـثر وحـدة ولديـهم إدراك-ذاتي أقل لقدرتهم الاجتماعية مـن الأطفـال الأكـثر اجتماعيا (روبن وميلـز Rubin & Mills, 1988) هـذه الأفكار التلقائية المنبثقة عن الطفل قـد تـبرر مشـاعره أو رفضه من قبل أقرانه أو خبرات الفشـل الاجتمـاعي لديـه (روبن و كراسنور،Rubin & Krasnor, 1986) مثـل هـذه الخبرات السلبية قد تعزز أفكار ومشاعر الطفل السلبية عـن قدرته الاجتماعية (أسيندوربف،Asendorpf, 1990) وهذا ما يؤدي إلى الإنسـحاب الاجتمـاعي وعـدم المشـاركة فـي التفاعلات مع الأقران اللازمة لعملية النمو السوي. وسـواء كان الأطفال المنسحبون اجتماعيا يخافون أو لا يخافون مـن تقييمات الأقران السلبية لـهم، علـى أيـة حـال، الأطفـال المنسحبين اجتماعيا قد أظهروا عجزا في القدرة على تبنـي وجهة نظر الآخرين (واترمان وأخـرون،Watermann et

al., 1981) والدراسة الحالية قد كشفت عـــن الصراعـــات التي قد تنشأ بين الأفراد خلال مواقف التفـــاوض. ونتيجـــة للخوف من التقييمات السلبية للآخريـــن تشـــير إلـــي شـــدة ملاحظة الفرد نفسه من خـــلال عيـــون الآخريـــن، كمـــا أن الأطفال الأقل توترا والأقل انسحابا تكون لديهم القدرة علـــى الاهتمام بالتقييم السلبي من قبل أقرانهم. وربما يكونون أقـــل اهتماما بهذه التقييمات السلبية خلال تفاعلهم الاجتماعي مع الآخريـــن (أســـيندوربوف، Asendorpof,1993) وبالنســـبة للأطفال الأكثر قلقا يخافون من تقييمـــات أقرانـــهم الســـلبية تجاههم وهذا يؤدي إلي كف قدرتهم على تفاوضـــهم حـــول الآراء المتعارضة (ستيوارت وروبن، Stewart & Rubin, 1994)،

Golda, S. Ginsburg, A. M., La Greca, & Wendy, K. Silverman (1998) Social Anxiety in Children with Anxiety Disorders: Relation with Social and Emotional Functioning, *Journal of Abnormal Child psychology, Vol. 26, No. 3,. 175-185*

التحقق من الخصائص السيكومترية لمقيـــاس القلـــق الاجتماعي للأطفـــال المعـــدل Social Anxiety Scale for children-Revised (SASC-R) وأيضـــا وأيضـــا العلاقـــات القائمـــة بيـــن القلـــق الاجتمـــاعي والوظـــائف الانفعاليـــة

والاجتماعية للأطفال.ولقد تكونت عينة الدراسة من ١٤٥ طفل ممن يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي تراوحت أعمارهم من ١١-٦ سنة، ولقد تم الاستعانة بمقياس القلق الاجتماعي من خلال تقديرات الوالدين لهؤلاء الأطفال باستخدام البنود الفرعية لهذا المقياس،التي تشتمل على مهارات الطفل الاجتماعية، والتقدير الذاتي لإدراك الكفاءة والتفاعلات مع الأقران. ولقد تم إجراء التحليل العاملي على بنود المقياس ونتج عن ذلك وجود ثلاث عوامل أساسية باتساق داخلي مقبول. فبالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب الخوف البسيط، أشارت درجاتهم على المقياس إلي القدرة التمييزية لهذا المقياس لهم عن الذين يعانون من أو بدون مصاحبات القلق الاجتماعي. كما ارتبط القلق الاجتماعي أيضا بالعجز في الوظائف الاجتماعية والانفعالية. وبصفة خاصة، أقر الأطفال الذين يعانون من القلق الاجتماعي بدرجة كبيرة بمستويات منخفضة من القبول الاجتماعي وتقدير الذات بصفة عامة وبمزيد من التفاعل السلبي مع الأقران. كما أشارت النتائج أيضا إلي أن الإناث اللواتي يعانين من المستويات الزائدة من القلق الاجتماعي قد تم تقديرهن من قبل والديهن على أنهن لديهن

عجزا في المهارات الاجتماعية، وبصفة خاصة في مجـــالات السلوك التوكيدي والمسؤولية الاجتماعية.

تلعب علاقات الطفل بأقرانه دورا حرجـــا فـــي نمـــوه الاجتماعي والانفعالي.حيث يتعلم الطفل من خـــلال محتـــوي علاقاته بأقرانه كيفية المشاركة وكيفية تناوبه الأدوار معهم، وكيفية تفاعله مع الآخرين، وكيفية وضع اهتمامات الآخرين قبل اهتماماتهم (هـــارتوب Hartop. 1983,1996)، وهنـــاك أدلة على أن عجز الطفل في إقامة علاقات مع أقرانه خـــلال السنوات الدراسية الأولية ترتبـــط بعجـــز التوافـــق خـــلال المراهقة وبداية مرحلة الرشد (كاوين، بودرسون، بابيجيان، إزو وتروزت، كتيبيرسمدت وكويك، Trost, 1973 ,Cowen) Puderson, Babijian, Izzo, & Ktipersmidt & Coic, 1990 ، وخلال السنوات الأخيرة تجمعت الأدلة التي أشـــارت إلي أن الأطفال الذين يعانون من القلق قد أظهروا قصور في علاقاتهم بأقرانهم . علي سبيل المثـــال، وجـــد (ســـتروس، وفـــرام، وفوريـــهاند Strauss, Frame. and Forehand (1987). أن أطفال في الصف الخامس الذين تم تقديرهم مـــن قبل معلميهم على أنهم يعانون بدرجة كبـــيرة مـــن التوتـــر والقلق كانوا أقل نشاطا ولا يحبون مشاركة أقرانـــهم داخـــل

الفصل الدراسي عند مقارنتهم بالأطفال غير القلقين. وفـــي دراسة أخرى قام بها (ستروس ولاهي، فريك، وفريك وكيند، Kynd, 1988 (Strauss, Lahey, Frick, Frame & ، على عينة من الأطفال تراوحت أعمارهم من٣-٦ ســنوات ممـــن يعانون من اضطراب القلق بدرجة دالة إكلينيكيا أقل حبا مـــن قبل أقرانهم مقارنة بالأطفـــال *الأســـوياء*. وبالإضافـــة إلـــى صعوبة العلاقات مع الأقران، فإن هـــؤلاء الأطفـــال الذيـــن يعانون من اضطراب القلق قد وجد لديهم عجز في مظـــاهر الوظائف الاجتماعية الأخرى. فعلى سبيل المثال، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق قد تم تقديرهـــم مـــن قبـــل والديهم ومدرسيهم على أنهم أقل تأكيدا لذواتهم، وأكثر خجلا أو انسحابا عند مقارنتهم بالمجموعات الضابطة الإكلينيكيـــة الأخرى (بويــــج أنتيتشســـيال، Puig-Antichcial.1985)؛ (ستروس، ليز، كازدن، دولكان ولســت، ,Strauss, Lease Kazdin, Dulcan, & List, 1989 وعلى الرغم مـــن هـــذه الارتباطات بين أعـــراض القلـــق والعجـــز فـــي الوظـــائف الاجتماعية، فإن هناك كثير من الميكانيزمات التي تساهم فـــي إحداث هذا العجز بالنسبة للشباب الذين يعانون من اضطراب القلق غير معروفة (سيلفيرمان وجينســـبيرغ، Silverman & Ginsburg, 1995)

لقد وجد أن القلق الاجتماعي عامل مهم فـــي فـــهم القصور في الوظائف الاجتماعية بين عينات الشـــباب غـــير المصنفين إكلينيكيا كما أن يرتبط أيضا في قصور الوظـــائف الانفعالية لدي الأطفال. فعلى سبيل المثال، بالنســـبة للعينـــة العشوائية من أطفال المدارس، وجد أن الأطفال الذين يعانون من النبذ (غير المحبوبين بدرجة ملحوظـــة) أو المـــهملين (المستثنين اجتماعيا) من قبل أقرانهم قد أقروا بمزيد مـــن القلق الاجتماعي بدرجة دالـــة عنـــد مقارنتـــهم بزملائـــهم المقبولين داخل الفصل الدراسي (لا جريكا، دانـــدز، ويـــك، وشاو وســـتون، La Greca, Dandes, Wick, Shaw, & Stone, 1988 ، (وستون ولا جريكا La Greca & Stone, 1993). وبالنسبة لطلاب المرحلة المتوسطة، الذي يعـــانون من مستويات مرتفعة من القلق الاجتماعي في بداية السنوات الدراسية وجد أيضا أنهم أقل مستوي من حيث عدد الرفـــاق ومن حيث الألفة وعدد الصداقات خلال الســـنة الدراســـية (فيرنبيرج، أبويندر، إويل وبيري، (Vernberg, Abwender, Ewell, & Beery, 1992. وفـــي مـــا يتعلـــق بالوظـــائف الانفعالية، وجد أن الأطفال ذوي المستويات المرتفعـــة مـــن القلق الاجتماعي قد أقروا بمدركات ذاتية سلبية. على ســـبيل

المثال، الشباب القلقين اجتماعيا بدرجة كبيرة يدركون أنفسهم أقل قبولا من الناحية الاجتماعية كما أنهم يقرون بأنهم أقل تقديرا لذواتهم بصفة عامة مقارنة بأقرانهم الذين لا يعانون من القلق الاجتماعي بدرجة أقل (لا جريكا وستون La Greca & Stone, 1993). ومن خلال هذه الاكتشافات، يعد القلق الاجتماعي محك واعد لفحص اضطرابات القلق بين الأطفال، كما يمكن اعتباره بمثابة همزة الوصل بين كل من العجز الاجتماعي والانفعالي بين العينات غير الإكلينيكية. ويبدو أيضا أن القلق الاجتماعي ينتشر بصفة خاصة بين الشباب الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، كما أن المستويات الزائدة من القلق الاجتماعي ترتبط بالمعايير التشخيصية لعدد من اضطرابات القلق. علي سبيل المثال، طبقا للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الرابعة Diagnostic and Statistical Manual of Mental (Disorders, Fourth Edition (DSM-JV الصادر عن جمعية علم النفس الأمريكية American Psychiatric Association [APA, 1994 ، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق المعمم (في السابق اضطراب التوتر الزائد overanxious في مرحلة الطفولة كما في DSM-III-R, APA, 1987) عادة ما

يظهرون اهتمامات بتقييم التفاعلات البينشخصية تشتمل على القلق غير الواقعي أو القلق والانزعاج بسبب سلوكيات سابقة، والحاجة للأمن بشكل مفرط ومبالغ فيه، والوعي الذاتي self-consciousness بدرجة ملحوظة. وعلى نحو مشابه، أقر الشباب الذين يعانون من اضطراب المخاوف الاجتماعية باهتمام مبالغ فيه حول تقييمات الآخرين لهم ودخولهم بصفة دائمة بالانسحاب الاجتماعي وبسلوك التجنب (بيديل، وتيرنر، وموريس، (Beidel, Turner, & Morris, 1995؛ (سيلفيرمان وجينسبيرغ، Silverman & Ginsburg, 1998) ومن خلال هذه العلاقة يتضح لنا أن ارتباط مستويات القلق الاجتماعي، قد تلعب دورا ملحوظا في تحديد الأطفال الذين يعانون من خطر هذه الاضطرابات.

وعلى الرغم من دراسة أهمية الدور الذي يلعبه القلق الاجتماعي في الوظائف الاجتماعية والانفعالية لدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق،إلا أن البحث في هذا المجال مازال في مرحله الأولية. ولقد تم تطوير عدد من المقاييس منها مقياس SASC-R لقياس القلق الاجتماعي من خلال التطوير المبدئي لنموذج القلق الاجتماعي الذي يشتمل على مكونات من قلق التقييم الاجتماعي (على سبيل

المثال، الخوف مـــن التقييـم الســلبي fear of negative evaluation or FNE) والتجنـــــب الاجتمــــاعيsocial avoidance والاضطراب في وجود الأقــران distress with peers (SAD) (واطسون وفرينـــد، ,Watson & Friend) 1969 . وبالنسبة للعينة العشوائية من الأطفال في المدرســة الابتدائية، كشفت نتائج التحليــل العــاملي عـن أن مكــون الاضطراب في وجود الأقران قد تم تمييزه أيضا مـــن خـــلال التجنب الاجتماعي والاضطراب المحدد بـــالتعرض للمواقــف الجديدة أو الأقران الغرباء (الاضطراب في وجـــود الأقـــران الجدد، والتجنب والاضطراب الذي يستشعره الفـــرد بصفـــة عامة في مصاحبة الأقران (الاضطراب في وجـــود الأقـــران بصفة عامه) (لا جريكا وســـتون ,La Greca & Stone) 1993. ولقد كانت الأدلة السيكومترية مرضية إلي حـــد مـــا حيث بلغت معاملات الاتساق الداخلي بين الثـــلاث مقـــاييس الفرعية ٠,٦٩ (للاضطراب بصفة عامة في وجود الآخريـــن) ٠,٧٨ (للاضطراب فـــي وجـــود الأقـــران الجـــدد)، و٠,٨٦ (للخوف من تقييمات الآخرين السلبية). ولقد دعـــم صـــدق المحك من خلال العلاقة بين الدرجة الكليـــة للأطفـــال علـــى مقياس القلق المعدل ودرجاتهم على مقاييسه الفرعية وبينـــه

وبين المدركات الذاتية والحالة الاقتصادية الاجتماعية لـــهم (لا جريكا وآخرين La Greca et al., 1988)، (ولا جريكـــا وستون La Greca & Stone, 1993). وبالإضافة إلي ذلـك، كانت هذه النتائج متسقة مع نتائج الأبحاث الأخـــرى التـــي أجريت على القلق الاجتماعي على سبيل المثال وجد (كريـك ولاد، Crick & Ladd, 1993)، أن الإنـــاث قـــد أقريـــن بمستويات أعلى من القلق الاجتماعي مقارنة بالذكور.

الفصل الثامن

نماذج للعلاج الذاتى

الفصل الثامن

نموذج للعلاج الذاتي

بالتحكم في أنفسنا، نتحكم في عالمنا

دور علم نفس في فهم النتائج الإيجابية والسلبية للبحث والحصول على التحكم

دينى هـ. شابيرو، جر. كارولن ف .كاليفورنيا جامعة شوارز، إرفين

جامعة هارفارد مدرسة الطب وirontier مؤسسة بحوث العلم والتكنولوجيا

جون أي. جامعة أستين من كاليفورنيا، إرفين

تبدأ هذه المقالة بفحص مساهمات علم نفس في فهم النتائج الإيجابية للتحكم في صحة الفرد النفسية والجسمية.وسوف يتم مناقشة سوء تحكم الشخص في البيئة والآثار السلبية الشخصية والعلاقات التفاعلية والاجتماعية societal الناتجة عن البحث والحصول على التحكم.ولتصحيح نتائج عدم الملاءمة والنتائج السلبية، من خلال الاستعانة بثلاث طرق من التحليلات. أولها الاستعانة

بالتعريفات والمفاهيم الدقيقة، ويشتمل ذلك على المماثلة الدقيقة للتحكم المرتبط بالمداخل والمجالات ونماذج تحكم الفرد النوعية. ثانياً: وضع التقييم العلاجي والمداخل العلاجية ضمن نموذج بيونفسي اجتماعي biopsychosocial من التحكم. وأخيراً: التركيز على فلسفة العلم والقضايا البرجماتية الكامنة خلف نظريات التحكم، وبصفة خاصة تلك التي تؤثر على دور علم النفس في فحص القيم الموجهة نحو أي من جهود التحكم التي ترشدنا. وتعد هذه الموضوعات مهمة لصحة الأفراد سواء على المستوى الشخصي أو الجماعي.

لقد بدأ علم النفس فقط مع نهاية الخمسينات وبداية الستينات من هذا القرن بصورة أكثر جدية في إعادة فحص موضوعات التحكم الشخصي. وقبل هذه الفترة، كانت هناك محاولات للتخلص من جذوره الفلسفية، حيث استبعد علم النفس عدد من المفاهيم مثل التحكم الذاتي، والتحكم الإرادي في الوعي بالمقبرة من g epiphenomena (سكيننير، e.g., B. F. Skinner, 1953, 1971) واستبعاد هذه المصطلحات بتعمقها (وغائيتها في بعض الأحيان) وبفرضياتها الفلسفية، يعد نقطة حرجة في تطور علم النفس

المادي والتجريبي. وإعادة الإهتمام من خلال مصادر متعددة (cf . (cf. KIausner, 1965)، بما في ذلـــك وجـــهات نظـــر التحليلة الجديدة neoanalytic للصـــراع وعـــدم التحكـــم (مينينجير، مايمان وبريســـير، & Menninger, Mayman, Pruyser, 1963 ووايت White, 1959)، ومع بداية ظـــهور نظرية التعلم الاجتمـــاعي (روتـــر Rotter, 1954, 1966)، والسلوكيين ظهر ما يسمي "بالنزهة فـــي عريـــن الأســـد" بالنسبة للتحكم الذاتي والعمليـــات المعرفيـــة (علـــى ســـبيل المثال:هورن مي،وكارولي & Horn me, 1965; Kanfer Karoly, 1972; وميتشـــينبوم، Meichenbaum, 1977 وثوريسين و مـــاهوني، Thoresen & Mahoney, 1974) .وبالأضافة إلي التقارير التي ظهرت في الهند وآسيا والتـــي تناولت الإنجازات الكبيرة الرائعة للتحكم السلوكي والمعرفـــي من خلال وسائط Zen meditators وممارسة اليوجا (أنـــاند، تشـــيننا وســـينغ، Anand, Chinna, & Singh, 1961) ، (كاساماتسو وهيري، Kasamatsu & Hirai,1966) ومـــع زيـــادة تطـــور التقنيـــات المعقـــدة (جريـــن وجريـــن ووالترس،Green, Green, & Walters, 1970)، بدأ علمـــاء الغرب في فحص زيادة إمكانية التحكم الإنســـاني علـــى مـــا

يسمى في ذلك الوقت بالمظاهر الأتنومية للوظائف الإنسانية (على سبيل المثال ، ديكارا DiCara, 1970 وكاميا وآخــرون Kamiya et al,1971 وإن. إف. ميللــر ، N. F. Miller, 1969 وبيلتير وبيبر Pelletier & Peper, 1977). وخــلال العقود الثلاثة الماضية، وضع علماء النفس اللبنات الأساسية للسؤال عن كيفية اكتساب واحتفاظ الأفراد بإحساس التحكــم في حياتهم. ومن ثم تم تطوير واستكشاف عدد من تنظيمــات التحكم المرتبطة وظهور عدد من التقارير التي بالبحث عــن وجود استراتيجيات غــير دوائيــة nonpharmacological للتنظيم الذاتي والتي تمد الأفراد بمزيد من القدرة للتحكم فــي عواطفهم وسلوكهم ومعارفهم. وهناك المئات من الدراســات وعشرات من التــي تركــزت حــول النظريــة، والبحــث، والتطبيقات للاستراتيجيات المتنوعة للتحكم الشــخصي فــي مجال العنايــة الصحيــة والاهتمامــات العلاجيــة النفســية psychotherapeutic. وهذه الأعمال قد أظــهرت أن قــدرة الأفراد على اكتساب والاحتفاظ بمشاعر التحكم من العنــاصر الجوهرية لبقائهم فــي الحيــاة (أفــيريل، Averill, 1973 باندورا، Bandura, 1989b دي. إتــش. شــابيرو، D. H. Shapiro, in press; وهوايت، White, 1959)، كما أنه يعــد

عنصراً مركزياً في العلاج النفســي والصحــة النفســية (باندورا، Bandura, 1989a)، (بيك ، Beck,1976) ؛ (بيــك، وويشار، Weishaar, 1989) Beck &، (فرانــك، Frank, 1982 ، (دي. إتش. شابيرو و أستين، D. H. (Shapiro & Astin, in press؛ (تايلور وبــراون ، Taylor & Brown, 1988, 1994)، كما أنه يعد من العناصر المهمـــة لصحتـــهم الجسمية (بلومينثال، ومـــاثيوس وويـــس، (Blumenthal, Matthews, & Weiss,1994 (بيترســون وســـتانكارد، Peterson & Stunkard, 1989) (رودن، شـــــولير وشي Rodin, Schooler, & Schaie, 1990)، (وسيم، Syme, 1989).وعلاوة على ذلك، فإن فوائد التكـــم علـــى الصحـــة والمزاج قد تم توضيحها خلال مراحل الحياة لبني البشر، من الطفولة (كوهين، إيفانس، ســتوكولس وكرانــز، Cohen, Evans, Stokols, & Krantz, 1986) (روثبــوم ووبـــز، Rothbaum & Weisz, 1989 هوايت، White, 1959) إلـــى مرحلة الرشد المتوسطة (أفيريل، Averill, 1973 لانجـــير، Langer, 1983; 5. وميللـــر ، Miller, 1979, 1980 وتومبسون، Thompson, 1981 إلى مرحلة الرشد المتقدمة (أبلــز، Abeles, 1990 وبــالتيس وبــالتيس، Baltes &

وريلي، Riley, 1990 ورودن، Rodin, 1986 Baltes, 1986
ورودن ولانجير، Rodin & Langer, 1977) ويو إتش
شابيرو وساندمان وجروزسمان وجروزسمان، U. H.
.(Shapiro. Sandman. Grossman, & Grossman, 1995

هذه المقالة تهدف إلي تزويد علماء النفس والقارئ العام بنظرة تاريخية وثقافية عامة وشاملة عن مفهوم التحكم ومكان وحالته الراهنة ضمن إطار علم النفس. كما أنها تعد أحد المحاولات التي تظهر المعاني المختلفة للتحكم التي يمكن الاستعانة بها، وكيف حدد التراث تصور التحكم ليصبح على ما هو عليه، وهذا سوف يؤدي إلي مزيد من التحديد ومزيد من الرؤيا لعلماء النفس لفهم التحكم . ولعمل توازن بين شمولية هذه المقالة، والرغبة في التفصيل في أي جزء من أجزائها، تحتوي هذه المقالة على عدد من المقاطع الصغيرة تعد مرجعا يمدنا بتغطية أكثر عمقا من المقاطع الجزئية. كما أن كل مقطع من المقالة يضيف معلومات أكثر تعقيدا لفهم أحد جوانب التحكم. ويستند المقطع الرئيسي الأول علي التراث الذي استخدم النموذج الخطي لتوضيح العلاقة بين الزيادة في التحكم والصحة النفسية، والصحة الجسمية، والتكيف مع المرض. ويناقش المقطع الرئيسي

الثاني النماذج غير الخطية وسوء التحكم، ووصف المواقف الناتجة عن إحساس الفرد بعدم توافق التحكم. بينما يقدم المقطع الرئيسي الثالث بناء أكثر دقة لفهم التحكم، وتقييم صورة جانبية لتحكم الفرد، والمضاهاة بين صور التحكم الشخصي وبعض المداخل العلاجية النوعية. ويضع المقطع الرئيسي الرابع المقاطع الثلاثة السابقة ضمن إطار بيونفسي اجتماعي biopsychosocial للتحكم يشتمل على البحث في علم الوراثة والتحكم وأيضا التحكم ونظام المناعة. بينما يحدد المقطع الأخير القيم والقضايا النموذجية.

أهمية التحكم على التحكم في الصحة النفسية والصحة الجسمية، والعلاج النفسي

هناك اتفاق متزايد بين كل من الإكلينيكيين والباحثين على أن التحكم يعد أحد أهم المتغيرات التي تلعب دورا حرجا في صحة الفرد النفسية وفي سعادته (باندورا, Bandura, 1 989b ،9 وبيك Beck, 1976 ، بيك وويشار، Beck & Weishaar, 1989 وسيليجمان، Seligman, 1991 وتايلور وبراون ، Taylor & Brown, 1988, 1994) 1994. حيث أن الصحة النفسية تربط بشعور الفرد بالتحكم في بيئته النفسية الداخلية (معارفه

ومعتقداته، وأفكـــاره، وانفعالاتـــه) وتعبيراتـــه الســـلوكية الخارجية. حيث أن المرضى خلال مرحلة التشخيص وقبـــل الدخول في عملية العلاج يصرحون بجمل دالة تدور حـــول " فقدان ونقص التحكم " و" الخوف من فقدان التحكم " أكثر من الجمل التي تعكس " قدرتهم على التحكم " أو " اعتقادهم فـــي قدرتهم على اكتســـابهم التحكـــم " (دي. إتـــش. شـــابيرو، وباتس، وجريسنسانج وكـــارير، D. H. Shapiro, Bates, Grecnsang, & Carrere, 1991) 1991. ومن ثـــم هنـــاك مهمة أولية تقع على عاتق مدارس العلاج النفســـي وهـــي مساعدة الأفراد للتعرف على مواطن القوة التي تشكل حياتهم وتعليمهم كيفية التحكم بدرجة أكبر على في هـــذه القـــوة (بـــاندورا Bandura 1989b؛ فرانـــك، Frank, 1982 مينينجير Menninger et al., 1963 ، دي. إتـــش. شـــابيرو وأســـتين ، D. H. Shapiro & Astin؛ (تحـــت الطبـــع) ستروب، Strupp, 1970)1970(.

التحكم والاضطراب النفسي :

هناك عدد من المجالات الإكلينيكية وجد من خلالها أن العجز في التحكم يعد أحد الخصائص الرئيســـية لكـــل مـــن: الضغوط والقلق المرتبطة بالاضطرابات (أبرامسون، غاربير

وسيليجمان، Abramson, Garber, & Seligman, 1980
باندورا، Bandura, 1988; دي. إتــش. شــابيرو، D. H.
Shapiro، ١٩٩٠)، والاكتئاب(ديوتـــش، Deutsch, 1978
مـــاثيوس، Matthews, 1977 ســـيليجمان، Seligman,
1975)،وإدمان الكحول والعقاقير (مارلات، Marlatt, 1983
ناثان، Nathan, 1986 ودي. إتش. شابيرو وزيفيربلات، D.
H. Shapiro & Zifferblatt, 1976a) واضطرابات الأكـــل (
جيفـــري، Jeffrey، ١٩٨٧ وكنـــــج ، King, 1989
).وشابيرو،وبلندر، وهاجمان وبيتوك، Shapiro, Blinder,
Hagmann, & Pituck, 1993 وســـي. جـــي. ويليـــامس،
C. J. Williams, Chamove. & تشاموف. و ميـــلار،
Millar, 1990)، والمجموعات ذات الخطر الزائد من أطفـــال
البالغين مدمني الخمور (بلاك، وبوكي. وويلـــدر وبـــادللا،
Black, Bucky. & Wilder-Padilla, 1986: ودي. إتـــش.
شابيرو، ويثرفورد، كوفمان و بروينيـــن. D.H. Shapiro,
Weatherford, Kaufmann, & Broenen. 1994) . كمـــا
أظهر البحث أيضا أن الصـــور الجانبيـــة للتحكـــم المحـــددة
إكلينيكيا يمكن أن تؤدي إلي إصابة الفرد بنوبـــات الفـــزع،
وباضطرابات الشخصية البينية، وبالاكتئاب، أو بالقلق المعمم

(دي. إتش. شابيرو، D. H. Shapiro, 1994a) دي. إتش. شابيرو، بوتكين، جين، براون وكــاريون، D. H. Shapiro, Potkin, Jin, Brown, & Carreon, 1993).

صورة التحكم للأفراد الأسوياء :

نفسيا يشعر الأفراد الأسوياء بمزيد من التحكـــم مـــن مقارنة بأفراد المجموعات المرضية. كما أن الأفراد الأسوياء يبالغون في كمية التحكم أكثر مما لديهم في الموقـــف، كمـــا أنهم أكثر تفاؤلا بشأن مقدرتهم على إنجاز التحكم، كما أنـــهم يعتقدون بأن لديهم مهارات وقدرات أكثر مما لديهم فعليـــا(لوينسون، وميستشيل، وتشـــابلن وبـــارتون، Lewinsohn, Mischel, Chaplin, & Barton, 1980؛ وســـيليجمان، Seligman, 1991، وتايلور وبـــراون، Taylor & Brown, 1988)،كما أنـهم يبالغون في حصانتهم ويخطئون في تقديـــر الخطر (وينشـــتاين، Weinstein, 1984, 1993) ويقومـــون بعدد من الاستكشافات المبالغ فيها لحماية إحساسهم بـــالتحكم عندما تكون جهود التحكم السلوكي غير ناجحة، كمـــا أنـــهم يعزون النتائج إلى العوامل الوقفية، أو إلي حالـــة الطبيعـــة للبشر، أو إلي الحالـــة الوقفيـــة (بيترســـون وســـيليجمان.

(Peterson & Seligman. 1987 ســـيليجمان، Seligman,
1991)

التكيف النفسي للأمراض الجسمية :

يرتبط الإحساس بـــالتحكم أيضـــا بالنتـــائج النفســـية الإيجابية للأفراد الذين يعانون من المرض الجســـمي وذلـــك استنادا على النتائج التي توصل إليها (ســـتروس وآخـــرون (Strauss et al. 1989 (أفيليك، تينين، بفيفير، وفـــيرفيلد، .cf (Afileck, Tennen, Pfeifier, & Fifield, 1987) وبشـــكل عام، أظهر البحث أن الأفراد الذين يعتقدون بأنهم قـــادرون على عمل شيء ما تجاه مرضهم، أو تجاه الضغوط الناتجـــة عن المرض، يكون لديهم تكيف نفسي موجـــب أكـــثر مـــن الأفراد الذين ليس لديهم مثل هذا الاعتقاد. حيـــث ارتبطـــت خبرة التحكم الشخصي لدي مرضى السرطان فـــي المراحـــل الأخيرة إيجابيا بدرجاتهم علـــى اختبـــارات تقديـــر الـــذات، والغرض من الحياة (لويس،Lewis, 1982)، ونوعية الحياة، والمـــزاج الإيجـــابي (كونينغـــهام، لوكـــوود وكونينغـــهام. (Cunningham. 1990 & ,Cunningham. Lockwood. وهناك دراسة واحدة كشفت عن أن الإحســـاس الشـــخصي

للتحكم هو العامل النفسي الوحيد الذي ينبئ بالتكيف لـــدي مرضى السرطان بعـــد ســتة أشــهر مــن المتابعــة (إل، نيشيموتو، مورفاي، مانتيل وهــاموفيتش Ell, Nishimoto, Morvay, Mantell, & Hamovitch, 1989) وفي المقـــابل. فإن نقص التحكم قد ارتبط بالقلق وبالإكتئاب الذي مـــر بـــه العديد من المرضى الذين يعانون من السرطان (دروجـــاتيس وأخرون Derogatis et al., 1983 فريدينبيرجس وآخـــرون Freidenbergs et al., 1982; وجرير وسيلبيرفارب، Greer & Silberfarb, 1982; ميفيرفيتز،Meverowitz, 1983; دي. إتش. شابيرو وأنتون كولفير وآخـــرون D. H. Shapiro, Anton-Culver, et al., 1996).

التحكم والصحة الجسمية

لقد أظهر البحث أن شعور الفرد بالتحكم قد يؤدي إلي تأثيرات واضحة على مرضه وفنائه. فمـــن خـــلال دراســـة ألكساندر، ولانجير، ونيومان، وتشاندلر ودافيس،Alexander, Langer, Newman. Chandler. and Davies's 1989))،اتضح أن المرضي الذين يلاقـــون رعايـــة منزليـــة والذين تعلموا إستراتيجيات التحكـــم الذاتـــي (الاســـترخاء وصفاء الذهن والتأمل) كانت أعمارهم أطـــول مـــن أفـــراد

المجموعــة الضابطــة. ومــن خـــــلال دراســـة رودن ولانجير1977) Rodin and Langer's التي عادة مــــا يتــم الاستشهاد بها، اتضح المرضي الذين يلاقون رعاية منزليــة والذين أظهروا مزيد من القدرة على التحكم قد أقروا بمزيــد من المتغيرات الخارجية (كالوقت وطبيعة الوجبات والأفــلام) كما زادت أعمارهم عند مقارنتـــهم بالمجموعــة الضابطــة المتناظرة.

وعلى نحو مشابه، أشارت الدراسات التـــي أجريــت على عدد متنوع من الأمراض إلى أهمية التحكم في تخفيف ما يحدث للفرد نتيجة إصابته بهذه الأمراض. فمـــن خـــلال الدراسات التي أجريت على مرضى السرطان، أشارت النتائج إلى أن إدراك التحكم المنخفـض والشـــعور بـــالعجز تجـــاه المرض يكون من المؤشرات القوية للتدهور المبدئي وحدوث الموت نتيجة للإصابة بالمرض (أندرسين، كيكولت غلاســير وغلاسي، (Andersen, Kiecolt-Glaser. & Glasei, 1994; أنتوني وجوودكين1988. Antoni & Goodkin دي كليمينتي وتيموشوك، Di Clemente & Temoshok, 1985 جريكـــــر وموريس وبيتينجال، Grecr. Morris, & Pettingale, 1979 وجين سين، Jen-Sen, 1987 بيتينجـــال، موريـــس، جريــر

وهـــايبيتل، Pettingale, Morris, Greer, & Haybittle,
1985; وشـــصنال وإكـــــير؛ Schnale & Iker; 1961
ســـتافراكي، وبـــوك، ولـــوت ووركـــان، Buck, Lott, &
Workun, 1968; إم. واتسون وآخـــرون M. Watson et
al., 1991) كما أن هناك بعض القضايـــا الأخـــرى المتعلقـــة بالتحكم قد وجدت أيضـــا ضمـــن أمـــراض القلـــب التاجيـــة cardiovascular. حيث ارتبطت الزيادة في نشاط لأوعيـــة التاجية للقلب والخطر الناتج عنها بإدراك التحكم المنخفـض، وبضعف التحكم الذاتي، وبزيادة موضع الضبط الخـــارجي (بوجينتال وآخرون ، cf. Bugental et al., 1993; كاراســيك، ثوريـــل، شـــوارز، وبيبـــير والفريدســـــون، Karasek,
Therorell, Schwartz, Pieper, & Alfredsson, 1982
وسشـــنال، وألريـــد، وموريســـون وكارلســـون، Schnall,
Allred, Morrison, & Carlson, 1990، ورايـــــــت،
كاربوناري، وفويليس، Wright, Carbonari, & Voyles,
1992)، وهذه الاكتشافات تتسق مـــع الدراســـات التـــي تـــم الاستشهاد بها من قبل والتي توضح العلاقة الخطيـــة بيـــن التحكم والصحة.

المظاهر السلبية الناتجة عن البحث والحصـــول علـــى

التحكم

بشكل عام، دعمت الاكتشافات السابقة بقـوة أهميـة التحكم على الصحة الجسمية والنفسية، كما أنها أعطت أيضا أهمية للمجال السيكولوجي المهيمن علـى عمليـة التحكـم، والذي يمكن تلخيصه على النحو التالي:(أ) أن امتلاك التحكـم الآدائي والنشط يعد أمرا إيجابيا (ب) أن زيادة التحكم لـدي الفرد (-أو اعتقاده بأن لديه ذلك) يعد من الأمـور الهامـة على الصحة النفسية والجسمية (إيفانس، شابيرو ولويـس، Evans, Shapiro, & Lewis, 1993 تومبسـون، Thompson, 1981).

التحكم غير الملائم Control Mismatches

على الرغم من، بعض الباحثين الأوائل في مجال التحكم قد أشاروا بعض التحذيرات بشأن فوائد التحكم. مثل، أفـيريل Averill (1973) الذي لاحظ أنه حتي في الدراسـات التـي أظهرت انخفاض في الضغوط لدى غالبية المشاركين الذيـن لديهم مقدرة على التحكم، وإظـهارهم واحـد مـن أنمـاط الاستجابات الإيجابية الخمسة التالية: السيطرة على الموقـف الضاغط يزيد من الضغوط أكثر مما يخفضـها. قـد تكـون

العلاقة بين التحكم والصحة ليست خطية. وفي الحقيقة، فإن مجرد بعض الأفراد الذين لديهم إدراك منخفض في التحكـــم يعانون من الخطر الزائد للإصابة بأمراض القلـــب التاجيـــة cardiovascular، وهناك بحث آخر قد اقترح بـــأن الأفـــراد الذين لديهم اعتقاد أكثر من اللازم بقدرتهم الخاصـــة لديـــهم قدرة للتحكم في الأحـــداث (فريدمـــان، Friedman, 1989 فريدمـــان وآخـــرون Friedman. et al., 1986 وجـــاكوب وتشينسي Jacob & Chesney. 1984 وسـيمان، Seeman, 1991)، أما الأفراد الذين يقومون بمحاولات مثمرة لممارسـة التحكم والسيطرة الإجتماعية (براون وسـميث، Brown & Smith, 1992; وهوستون، وتشيســـني، وبـــلاك، وكـــاتيس وإليكير، Houston, Chesney. Black, Cates. & Hecker, 1992)، وأولئك الذيـــن لديـــهم دافـــع قـــوي جـــدا للتحكـــم (ديمـــبروزكي، ماكدوجـــال وموســـانت. Dembroski, MacDougall, & Musante. 1984; وجـــلاس، Glass, 1977) فهم يعدون دليلا كبيرا على رد الفعل بخطر الإصابـــة بأمراض القلب التاجية. وهناك دراسة حديثة قد أشارت إلـــي أنه بالنسبة لبعض الأفراد يوجد عدم ملائمة بين كمية التحكم المتاحة لهم للسيطرة على بيئتهم ومتغيراتـــهم الشـــخصية،

وهذه المتغيرات الشخصية تتضمن (أ) الكفـــاءة الســلوكية (مهارة ومقدرة)، (ب) مدركات التحكم (الكفـــاءة الذاتيــة والمسؤولية)، (ج) دافعية التحكم (الرغبة فـــي التحكــم). ولقد استشهد إنديد، وإيفانس وآخرون Indeed, Evans et al. (1993) بأكثر من ٦٠ دراسة للفشل في عـــدم الملائمــة والوقوع في نوعين من الحـــالات:النـــوع الأول مـــن هـــذه الحالات، يتضمن المقدرة الزائدة للسيطرة على البيئـــة high environmental affordances. وهو يشير إلي إعطاء الفرد الذي لا يريد التحكم على مزيد من عوامل التحكم (الرغبـــة المنخفضة للتحكم، وزيادة الضبط الخارجي، والإعتقاد بكفاءة الذات المنخفضة) أو الذي لا يستخدمها بشكل فعال (نتيجــة للانخفاض الكفاءة السلوكية) ومن ثم تصبح مصدر خطر.

المراجع

المـــــــراجع

١-خالد الفخراني، ابتسام السطيحة (٢٠٠٠) إدراك الذنـــب كمؤشر لمظاهر القلق الجسمية والمعرفية تحت النشر.

٢-ممدوحة محمد سلامة (١٩٩٣) قراءات مختارة في علـــم النفس ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

1-Curtis, G., C.(1991) PET findings in panic, anxiety, and phobic disorders. Annals of Clinical Psychiatry; Jun Vol. 3(2) 111-114.

2-Gross, P.,R (1989) Multimodal therapy for generalized and social anxieties: A pilot study. James Cook U of North Queensland, Cairns Campus, Australia Behavioral Psychotherapy; Oct Vol. 17(4) 316-322

3-Chisholm, K; & Strayer, J; (1995): Verbal and facial measures of children's emotion and empathy. Journal of Experimental Child Psychology; 1995 Apr Vol. 59(2) 299-316.

4-Westra, H A.; Kuiper, N A.(1996) Communality and specificity of dysfunctional cognitions, and the

prediction of four different forms of psychological maladjustment. Personality and Individual Differences; 1996 May Vol. 20(5) 575-588.

5-Shapiro, J., P.; Leifer, M; Martone, M.,W.; & Kassem, L.,(1992)Cognitive functioning and social competence as predictors of maladjustment in sexually abused girls.: Journal-of-Interpersonal-Violence; Jun Vol. 7(2) 156-164

6-Tangney, J.,P.; Wagner, P; Gramzow, R., (1992) Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology.: Journal of Abnormal Psychology; 1992 Aug Vol. 101(3) 469-478

7-Curry, J.F.; Craighead, & W. E., (1990) Attributional style in clinically depressed and conduct disordered adolescents. Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology; 1990 Feb Vol. 58(1)

8-Zimering, R; Caddell, J.,M.; Fairbank, J., A.; & Keane, T., M.(1993)Post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans: An experimental validation

of the DSM-III diagnostic criteria.Journal-of-Traumatic-Stress; Jul Vol. 6(3) 327-342.

9-Hinton,J., W.; Rotheiler, E.,A.; Gemmell, M.,; & Shewan, D.,(1991): Heart rate, anxiety, anger, and arousal reactions to enforced time-wasting: Dependence on reactive uncontrol, work involvement, and dominance factors of "Type A." International-Journal-of-Psychophysiology; 1991 Aug Vol. 11(2) 115-124.

10-Berzonsky, M., D.; (1992): Identity style and coping strategies. Journal of-Personality; Dec Vol. 60(4) 771-788.

11-Sanchez B., M.; & Luisa; S., J ; (1992) Effects of the discrepancy between self-concepts on emotional adjustment.Journal-of-Research-in-Personality; Dec Vol. 26(4) 303-318.

12-Gregg, N; Hoy, C; King, W. Michael; M, & Carolyn M.; ,(1992): The MMPI-2 profile of adults with learning disabilities in university and rehabilitation settings. Journal of Learning

Disabilities; Jun-Jul Vol. 25(6) 386-395

13-Hatcher, S. W; Underwood, J.R. (1990): Self-concept and stress: A study of a group of Southern Baptist ministers. Counseling and Values; Apr Vol. 34(3) 187-196

14-Bruch,M; Chesser, E.,S.& Meyer, V.,(1989): The role of evaluative self-schemata in cognitive processing and performance: The impact on self-efficacy, self-evaluation and task outcome. Scandinavian Journal of Behavior Therapy; Vol. 18(2) 71-84.

15-Zuckerman, D., M.; (1989) Stress, self-esteem, and mental health: How does gender make a difference? Sex Roles; Apr Vol. 20(7-8) 429-444

16-Jerusalem, M; Schwarzer, R., (1989) Anxiety and self-concept as antecedents of stress and coping: A longitudinal study with German and Turkish adolescents. Personality and Individual Differences; Vol. 10(7) 785-792.

17-

Ross,S,M.;Gottfredson,D,K.;Christensen,H,;&Weaver,R,(1986): cognitive self-statements in depression: Findings across clinical populations. Cognitive Therapy and Research; 1986 Apr Vol. 10(2) 159-165.

18-Sowa,C,J.;& Lustman,P,J.(1984) Gender differences in rating stressful events, depression, and depressive cognition. Journal of Clinical Psychology; 1984 Nov Vol. 40(6) 1334-1337.

19-Vezina,J; & Bourque,P.,(1984) The relationship between cognitive structure and symptoms of depression in the elderly. Cognitive Therapy and-Research; 1984 Feb Vol. 8(1) 29-36

20-Judith Godwin Rabkin (1982) Stress and Psychiatric Disorders

21-Mackay, C., Cox. T., Burrows, G., and Lazzerini,T(1978) An inventory for the measurement of self-reported stress and arousal, British Journal of Social and Clinical Psychology 17,383-384.

22-McCormick, I. A.. Walkey, F. H., and Taylor, A. J. W. (1985(The stress arousal checklist: An independent analysis. Educational and Psychological Measurement 45, 143-146. Instrument reproduced with permission of Dr. Tom Cox.Dr. Tom Cox, Stress Research, Department of Psychology, University of Nottingham, Nottingham, N.G. 7 2 RD. United Kingdom.

23-Hartman, L. M. (1984). Cognitive components of anxiety ,Journal of Clinical Psychology 40, 137-139. Instrument rproduced with permission of Lame Hartman.

Dr. L. M. Hartman, Addiction Research Foundation, 33 Russell Street, Toronto, Ontario, Canada.

Hollon, S.D. and Kendall, P.C. (1980). Cognitive If-statements in depression: Development of

Automatic thoughts Questionnaire. Cognitive Therapy and Research 4, 383-395.

Dr. Philip C. Kendall, Division of Clinical Psychology University, Philadelphia, PA 19122

-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders .Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1952.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders 2 ed.). Washington, D.C.:American Psychiatric Association, 1968

Diagnostic and statistical manual of mental disorders٣) ded.). Washington, D.C.:American Psychiatric Association, 1980.

-Barrett, J. E. The relationship of life events to the

onset of neurotic disorders. In J. E. Barrett (Ed,(.

Stress and mental disorder .New York: Raven,

1979

-BECK, J & ,.WORTHEN ,K.(1972), Precipitating

stress, crisis theory, and hospitalization in

schizophrenia and depression .Archives of

General Psychiatry,(26),123-129,

-BttLEY, J. L., & BROWN, G. Crises and life
changes preceding the onset or relapse of acute
schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 1970,
1J6, 327-333.

-BROWN, G. Meaning, measurement, and stress of
life events. In B. S. Dohrenwend & B. P.

Dohrenwend (eds .Stressful -life events .New

York: Wiley, 1974.

KAFCD D. R,Constance H., and Dorli B.,(1999), A

cognitive-Interpersonal Approach to Depressive symptoms in Preadolescent Children

Stephen J.,(1993) Subscales of Automatic Thoughts Questionnaire, The Journal of Genetic psychology 155(3), 367-368.

Dobson, M.,& Markham, R., (1992) Individual Differences in Anxiety Level and Eyewitness Memory, The Journal of General Psychology , 123(4), 341- 351.

4- American Psychiatric Association, (1968) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2 ed.). Washington, D.C.:

Keller, M., & Wood, P. (1989). Development of friendship reasoning; A study of interindividual differences in intraindividual change. Developmental Psychology, 25, 820-826.

Kahn, M. (1977). Social competence, symptoms and underachievement in childhood. Washington, DC: Winston & Stones.

Neter, J., Wasserman, W., & Kutner, M. H. (1985). Applied statistical models: Homewood, IL:Irwin.Nowicki, S., Jr., & Strickland, B. R. (1973), A locus of control scale for children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 148-154.

15-BttLEY, J. L., & Brown, G. (1970) Crises and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia. British Journal of Psychiatry, , 136, 327-333.

Ollendick, T. H. (1981). Assessment of social interaction skills in school children. Behavioral Counseling Quarterly, 1, 227-243.

Ollendick, T. H., & Schmidt, C. R. (1987). Social learning constructs in the prediction of peer interaction. Journal of Clinical Child Psychology, 16, 80-87.

Sarason, S. B., Davidson, K. S., Lightllall, F. F., Waite, B. R., & Buebush, B. K. 11960). Anriety and elementary school children. New York:

Wiley.

Saris, W. E., & Stronkhorst, L. H. (1984). Causal moilelling in norsexperimental research. Amsterdam: Sociometric Research Foundation.

Schacfer, E. S., & Aaronson, M. B. (1Oi6). Class-room Behavior Inventory; Preschool to primono. Unpublished manuscript. (Av5ild~4)lc from School of Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, N(.*)

Selman, B L.. Bearcislee, W., Schulti, I:. H., Krupa, M., &Podorefsky, D. (1980) Asscssing adolescent interpersonal negotiation strategies: Toward the integration of structural and functional models. Deceh)pmcntal Psychology, 22, 450-459.

Selman, B. L., & Schultz, L. H. ll~l). Waking a friend in youth; Developmental theory arid pair theory. Chicago University of Chicago Press.

Stewart, S. L., & Robin, K. H. (1994). The siciol problem.soluing skills of Ontioos-,£)ithdrOw,1 children. Manuscript suhmittcd for puhil.cation.

Sullivan, H. S. (1998). The interpersonal theory of psychiatry. New York; Norton.

Yeates, K. 0., Schultz, L. H., & Selman, Is. L. (1991). The development of interpersonal cogotiation strategies in thought and action A social~ognitivc link to behavioral adjostitit-rit and social status. Merrrill-Palmer Quarterly, 37, 369-4(16.

Waterroan, J. M., Sobesky, W. E., Silvern, L., A()ki, B., & MeCaulay, M. (1981). Social pcrspi~tive-taking and adjustment in emotionally ili~. turbed, learning-disabled, and normal children. journal of Abaorn~l Child Psychology, 9, 133148

Bothwell, R. K., Brigham, J. C., & Piggott, K. A. (1987). An exploratory study of personality differences in eyewitness memory. Journal of Social Behavior and personality, 2, 335-343.

Christiaansen, R. E., Ochalek, K., & Sweeney. 3. D (1984). Individual dillcra"acCN in eyewitness memory and confidence judgments. Journal of

General Psychology110,47-52.

Christianson, S. A., & Loftus, E. F. (1987). Memory for traumatic event',.. AJj'lia'd Cognitive Psychology. 1.225-239.

Clifford, B. R., & Hollin, C. R. (198]). Effects of (he type of incident ,'tn,i (he number of perpetrators on eyewitness memory. Journal of Applied Psydaaalaagy

66, 364-370.

Clifford, B. R., & Scott, 3. (1978). Individual and situational factors in eyewil~ess testimony. Journal of Applied Psychology, 63,352-359.

Darke, S. (1988a). Anxiety and working memory capacity. Cognition and Ernaarion, 2, 145-154.

Darke, S. (1988b). Effects of anxiety on inferential reasoning task performance.

Journal of Personality and Social Psychology, 55,499-505.

Deffenbacher, K. A. (1983). The influence of arousal

on reliability of testimony. In S. M. A. Lloyd-Bostock & B. R. Clifford (Eds.), Evaluating wimess evhh'aace (pp.235-251). Chicester, England: Wiley.

Easteibrook, 3. A. (1959). The effect of emotion on cue utilization and the organisation of behavior. Psychological Review, 66,183-201.

Eysenck, M. W. (1979). Anxiety, learning and memory: A reconceptualization.

Journal of Research in Personality, 13,363-385.

Eysenck, M. W. (1982). Attention and arousal. Berlin: Springer-Verlag.

Geen, R. G. (1985). Test anxiety and visual vigilance. Journal of Personality and Social Psychology, 49,963-970.

Hays, W. L. (1963). Statistics for psychologists. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Hollin, C. R. (1984). Arousal and eyewitness memory. Perceptual and Motor Skills, 58, 266.

Kalmeman, D. (1973). Attention and effort. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kuehn, L. L. (1974). Looking down a gun barrel: Person perception and violent crime. Perceptual and Motor Skills, 39, 1159-1164.

l,eon, M., & Revelle, W. (1985). Effects of anxiety on analogical reasoning: A test of three theoretical models. Journal of Personality and Social Psychology, 49, 1302-1315.

t,oftus, E. F. (1979). Eyewitness testimony. Cambridge, MA: Harvard University Itress.

Sarason. I. (~. (1972). EX1)c,' imental apprOacheN to test anxiety: Attention and t~e uSes of information In ('). Spielberger (Ed.), An~ietv: Current IreIi(iI in theo(-y' tind res£,oo-h, Volume 2 ((I 381-4(13). New York: Academic Press.

Sarason, I. C,'. (I 975). An~ i~iy and ~cIf-preoccopation. In I. G. Sarason & C. I).

Spielberger Lds.) Siress ~ O,~5j(,fV, Vollone 2.

New York: 1-lemisphere

Sirasori l.~G. 1984) Stre -'oxiet; and cognitive interference: Reacti&n to tests. Jo, mtl 0/ I'et smutl rs 0(1 ~0L mI I' vvehol(~gv 46, 929-938.

Siceel I \i md I oltos ~ (1978) Impact of anxiety and life stress upon eyewitnvss t~ttmony Bull((((I of tite I ~scho,to,ntc Society. 12. 479-480.

Tobias S (1985) T~st msi~ t\ IntertvrencL defective skills. and cognitive capacity. Ldt,vottonol I ss,ltoloeisj 0 135 142

Ward, R & Loftus E F 985) Fsvwttness performance in different psycholocical types Journol of 6((I (II PSSL hoh)gs /12 191-200.

Wine, J. D. (1980). Cognitive attentional theory of test anxiety. In I. G. Sarason (Ed.), test Anxiety: Theory, research and applications (pp. 349-385). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wine, I. D. (1982). Evaluation anxiety: A cognitive attentional construct. In H. W. Krohne & L. Laux

(Eds.) Achievement, stress and anxiety (pp- 207-222). Washington, DC: Hemisphere.

Zanni, Ci. R., & Offermanii. I. T. (1978). Eyewitness testim(}ny2 An exploration of question wording upon ~c,.ill as a function of neuroticism. Perceptuol ("((1 Mot'~r Skills, 46, 163-166.

BROWN, G., & B~LEY, J. Crises and l;fe changes and the onset of schizophrenia. Journal of Health and

Social Behavior, 1968, 9, 203-214.

BROWN, G. W., & HARRIS, T. Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women.

London: Tavistock, 1978.

BROWN, G., HARRIS, T., & PETO, J. Life events and psychiatric disorders. Part II: Nature of causal link. Psychological Medicine, 1973, 3, 159-176.

BUCHSBAUM, M. S., COURSEY, R., & MUupHY, D. L. The biochemical high-risk paradigm: Behavior and familial correlates of low platelet monoamine oxidase activity. Science, 1976, 194, 339-341.

BuGLASS, D., CLARKE, J., & KREITMAN, N. A study of agoraphobic housewives. Psychologkal Medicine, 1977, 7, 73-86.

CROOK, T., & ELIOT, J. Parental death during childhood and adult depression: A critical review of the literature. Psychological Bulletin, 1980, 87, 252-259.

DOHRENWEND, B. P. Problems in defining and sampling the relevant population of stressful life events. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (eds.), Stressful life events. New York: Wiley, 1974.

Stressful life events and psychopathology: Some issues of theory and method. In J. E.

Barrett (ed.), Stress and mental disorder. New

York: Raven, 1979.

DOHRENWEND, B. P., & DOHRENWEND, B. S. The conceptualization and measurement of stressful life events: An overview of the issues. In J. Strauss, H. Babigian, & M. Roff (eds.), The origins and course of psychopathology. New York: Plenum, 1977.

DOHRENWEND, B. S., & DOHRENWEND, B. P. Some issues in research on stressful life events. Journal of Nervous and Mental Disease, 1978, 166, 7-15.

Life stress and illness: Formulation of the issues. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (eds.), Stressful life events and their contexts. New York: Watson, 1981.

FEIGHNER, J., ROBINs, E., GUZE, S., WOODRUFF, R., WINOKUR, 6., & MUNOZ, R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 1972, 26, 57-63.

HOLMES, T. General discussion. In J. E. Barrett

(ed.), Stress and mental illness. New York: Raven, 1979.

HOROWITZ, M. Stress response syndromes. New York: Aronson, 1976.

JACOBS, S., & MYERS, J. Recent life events and acute schizophrenic psychosis: A controlled study.Journal of Nervous and Mental Disease, 1976, 162, 75-87.

JENKINS, C. D., HU~T, M. W., & ROSE, R. M. Life changes: Do people really remember? Archives of General Psychiatry, 1979, 36, 379-384.

KLEIN, D. F. Anxiety reconceptualized. Comprehensive Psychiatry, 1980, 21, 411-427.

KLEIN, D. F., GITTELMAN R., QUrrKIN, F., & R~KIN A. Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980.

LEFF, J., HIRSCH, S., GAIND, R., RHODE, P., & STEVENS, B. Life events and maintenance

therapy in schizophrenic relapse. British Journal of Psychiatry, 1973, 123, 659-660.

LEFF, M., ROATCH, J., & BUNNEY, W. Environmental factors preceding onset of severe depressions.

Psychiatry, 1970,33,293-311.

LEHMANN, H. Schizophrenia: Clinical features. In A. Freedman, H. Kaplan, & B. Sadock (eds.), Comprehensive textbook of psychiatry (2(1 ed.), vol.1. B~timore: Williams & Wilkins, 1975.

L~~NFELD, A. Foundations of epidemiology. New York: Oxford University Press, 1976.

LLOYD, C. Life events and depressive disorder reviewed (in two parts). Achives of General Psychiatry, 1980, 37, 529-548.

MICHAUX, W., GANSEREIT, K., MCCABE, O., & KURLAND, A. The psychopathology and measurement of environmental stress. Community Mental Health Journal, 1967, 3, 358-371.

RABKIN, J. G. Stressful life events and schizophrenia: A review of the research literature. Psychological Bulletin, 1980, 87, 408-425.

RABKIN, J. G., & KLEIN, D. F. Stress and phobic disorder: Review of empirical findings and research recommendations. Paper prepared for the Stress and Illness Panel of the Steering Committee for Research on Stress in Health and Disease, National Academy of Sciences, Washington, D.C.: 1980.

RABKIN, J. G & ,.STRUENING ,E. L. Life events, stress, and illness. Science, 1976, 194, 1013-1020. (a) Social change, stress, and illness: A selective literature review. Psychoanalysis and ContemporaryScience, 1976, 5, 573-624. (b)

ROBERTs, A. Housebound housewives: A follow-up study of a phobic anxiety state. British Journalofpsychiatry, 1964, 110, 191-197.

SCHLESS, A., & MENDELS, J. Life stress and

psychopathology. Psychiatry Digest, 1977, 25-35.

SCHWARTZ, C., & MYERS, J. K. Life events and schizophrenia: II. Impact of life events on symptom configuration. Archives of General Psychiatry, 1977, 34, 1242-1245.

SERBAN, G. Stress in normals and schizophrenics. British Journal of Psychiatry, 1975, 126, 397-407.

SHAFAR, S. Aspects of phobic illness: A study of 90 personal cases. British Journal of Mcdi-cal Psychology, 1976,49, 221-236.

SIM, M., & HOUGHTON, H. Phobic anxiety and its treatment. Journal of Nervous and Mental Disease, 1966, 143,484-491.

SINGER, M. T. Viet Nam prisoners of war, stress, and personality resiliency. Amencan Journal of Psychiatry, 1981, 138,345-346.

SPITZER, R., ENDICOTT, J., & ROBINS, E. Research Diagnostic Criteria. New York City:

New York State Psychiatric Institute, 1978.

TENNANT, C., SMITH, A., BEBBINGTON, P., & HURRY, J. Parental loss in childhood. Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 309-314.

URSANO, R., BOYDSTUN, J., & WHEATLEY, R. Psychiatric illness in U.S. Air Force Viet Narn prisoners of war: A five-year follow-up. American Journal of Psychiatry, 1981, 138, 310-314.

VAN PRAAG, H. M. Psychopsychiatry: Can psychosocial factors cause psychiatric disorders? Comprehensive Psychiatry, 1979, 20, 215-225.

WEEKES, C. Simple, effective treatment of agoraphobia. American Journal of Psychotherapy, 1978, 32, 357-369.

WINOKUR, G. General discussion. In J. E. Barrett (ed.), Stress and mental disorder. New York: Raven, 1979.

WINOKUR, G., BEHAR, D., VANVALKENBURO, C., & LOWRY, M. Is a familial definition of

depression both feasible and valid? Journal of Nervous & Mental Disease, 1978, 166, 764-768.

WOERNER, M. Unpublished data, Long Island Jewish Hillside Medical Center, 1980

محتويات الكتاب